

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**DIPLOMSKA NALOGA**

**BARBARA MARKOVIČ**

**Izola, februar 2013**

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**OBRAVNAVA PACIENTOV Z ANKSIOZNO  
MOTNJO IN POMEN ZDRAVSTVENE NEGE  
THE TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM ANXIETY  
DISSORDER AND THE IMPORTANCE OF NURSING CARE**

**Študentka: BARBARA MARKOVIČ**

**Mentorica: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., višja predavateljica**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA**

**Izola, 2013**

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**OBRAVNAVA PACIENTOV Z ANKSIOZNO  
MOTNJO IN POMEN ZDRAVSTVENE NEGE  
THE TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM ANXIETY  
DISSORDER AND THE IMPORTANCE OF NURSING CARE**

**Študentka: BARBARA MARKOVIČ**

**Mentorica: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., višja predavateljica**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA**

**Izola, 2013**

## KAZALO VSEBINE

KAZALO SLIK.....	III
KAZALO PREGLEDNIC.....	IV
POVZETEK .....	V
ABSTRACT .....	VI
SEZNAM KRATIC.....	VII
1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNA IZHODIŠČA .....	3
2.1 Dejavniki tveganja za nastanek anksiozne motnje.....	3
2.1.1 Sprožilni dejavniki za nastanek anksiozne motnje.....	4
2.1.2 Dejavniki, ki povečujejo možnost za nastanek anksioznih motenj .....	4
2.1.3 Vzdrževalni dejavniki za anksiozno motnjo.....	4
2.2 Vrste anksioznih motenj .....	6
2.2.1 Generalizirana anksiozna motnja.....	8
2.2.2 Fobične motnje .....	9
2.2.3 Panične motnje .....	10
2.2.4 Obsesivno- kompulzivna motnja.....	10
2.3 Obravnava anksioznih motenj .....	11
2.3.1 Farmakološko zdravljenje anksioznih motenj .....	12
2.3.2 Psihoterapija .....	13
2.3.3 Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) anksioznih motenj .....	14
2.4 Zdravstvena nega na področju duševnega zdravja in psihiatrije .....	16
2.4.1 Pomen zdravstvene nege pri obravnavi pacienta z anksiozno motnjo .....	19
2.4.2 Pomen kakovostne timske obravnave .....	20
2.4.3 Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z anksiozno motnjo.....	22
2.4.4 Pomen terapevtske komunikacije (TK) .....	28
3 METODE DELA.....	31
3.1 Namen, cilj in hipoteze .....	31
3.2 Vzorec.....	32
3.3 Uporabljeni pripomočki.....	32
3.4 Potek raziskave .....	32

4	REZULTATI .....	33
5	RAZPRAVA.....	41
6	ZAKLJUČEK .....	44
7	LITERATURA .....	45
	ZAHVALA	
	PRILOGA	

## KAZALO SLIK

Slika 1: Struktura vzorca glede na spol .....	33
Slika 2: Struktura vzorca glede na starost .....	34
Slika 3: Dolžnost medicinske sestre je učenje pacienta .....	34
Slika 4: Skrb za osebnostno rast in psihofizično stanje .....	35
Slika 7: Značilnosti anksioznih motenj .....	36
Slika 8: Uporabnost kognitivno-vedenjske terapije .....	38
Slika 9: Učenje izvajanja relaksacijskih tehnik.....	38
Slika 10: Pomen podpore družine .....	39
Slika 11: Pogoji dela .....	39
Slika 12: Povezanost zdravstvene nege in kognitivno-vedenjske terapije .....	40

## **KAZALO PREGLEDNIC**

Preglednica 1: Pomen timske obravnave pacientov z anksiozno motnjo.....	37
---	----

## POVZETEK

Anksiozne motnje so skupen izraz za več različnih motenj, ki jih je potrebno prepoznati in zdraviti. To so vse pogostejše duševne motnje, ki lahko prizadenejo vsakogar ne glede na starost ali spol. Letna prevalenca pri mladostnikih ni tako dobro zabeležena kot pri odraslih, vendar ugotovljeni deleži ne povedo veliko o deležu tistih, ki bi pomoč potrebovali oziroma je sploh ne iščejo. Terapevtski odnos in komunikacija sta za medicinsko sestro in pacienta osnova za kakovostno zdravstveno nego na psihiatričnem področju. Teoretični del diplomske naloge predstavlja značilnosti oseb, ki poiščejo pomoč zaradi anksioznih motenj, opisuje dejavnike tveganja za nastanek motenj, obravnavo na psihiatričnem področju ter vlogo medicinske sestre in zdravstvene nege pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo. V empiričnem delu naloge smo na vzorcu 30 zaposlenih v zdravstveni negi v dveh izbranih psihiatričnih bolnišnicah z metodo anketiranja ugotavljali značilnosti timske obravnave v zdravstveni negi na psihiatričnem področju, stališča medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ter njihovo poučenost o obravnavi pacientov z anksiozno motnjo.

Ugotovili smo, da ima zdravstvena nega pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo pomemben vpliv, da timska obravnava pozitivno vpliva na izide in kakovost obravnave ter da sta kognitivno-vedenjska terapija in zdravstvena nega pri obravnavi pacientov povezani. Najpomembnejše naloge medicinske sestre na področju duševnega zdravja so TK in izvajanje terapevtskih aktivnosti, ki so usmerjene v negovalne probleme in pomoč pri zadovoljevanju življenjskih potreb. Pomembna je podpora in učenje s pomočjo terapevtske komunikacije s poudarkom na kakovostni timski obravnavi.

**Ključne besede:** anksiozne motnje, terapevtski odnos, zdravstvena nega, medicinska sestra, terapevtska komunikacija.



## ABSTRACT

Anxiety disorder is a collective term for various disorders, which are necessary to be identified and treated. They are increasingly common mental disturbances that can affect anyone regardless of age and gender. The annual prevalence with adolescents is not as carefully recorded as with the adults, but the observed rate does not say much about the patients who would need help or do not even look for it. Therapeutic relationship and communication are, for the nurse and the patient, the basis for quality health care in the field of psychiatry. The purpose of the diploma thesis in the theoretical part was to present the characteristics of the people who seek help with the anxiety disorders, to describe the risk factors for the emergence of disorders, to describe the psychological treatment, and to explain the role of the nurse and health care in the treatment of patients with an anxiety disorder. In the empirical part of the thesis, the characteristics of the team treatment in psychiatric nursing, the point of view of the nurses and other qualified health workers, and the degree of knowledge about the treatment of the patients with anxiety disorders were observed. The research was conducted with the sample of 30 health care workers in two selected psychiatric hospitals.

We established that the health care is of a great importance for the treatment of a patient with an anxiety disorder, that the team treatment positively affects the outcome and the quality of the treatment, and that there is a connection between the cognitive-behavioural therapy and the health care when treating a patient.

The most important roles of the psychiatric nurse are the therapeutic communication and the implementation of therapeutic activities, which are focused towards the nursing problems and the help with satisfying the basic needs. What is important is support and learning with the help of therapeutic communication and the emphasis on a quality team treatment.

**Key words:** anxiety disorders, therapeutic relationship, health care, nurse, therapeutic communication

## **SEZNAM KRATIC**

KVT	kognitivno-vedenjska terapija
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
TK	terapevtska komunikacija
ZV	zdravstvena vzgoja
ZN	zdravstvena nega (na psihološkem področju)

## 1 UVOD

Z izrazom duševne bolezni imamo v mislih vse motnje, ki jih lahko opišemo z diagnozo, ki pomeni proces ugotavljanja neke psihološke motnje. Za posameznika je duševno zdravje od zgodnjega otroštva do pozne starosti odskočna deska za razvoj mišljenja, komunikacije, učenja, čustvene rasti in samospoštovanja (1). Ker duševne bolezni neposredno vplivajo na ekonomsko plat družbe, povzročajo tudi najdaljšo nezmožnost za delo ali smrt. Ob tem velja poudariti, da sta duševno zdravje in duševne bolezni zvezni premici (2).

Nevrotske, stresne in somatoformne motnje so različne motnje, ki imajo podobne bolezenske znake, med katerimi je najpogostejša anksioznost (3). Ta je lahko simptom fizične bolezni, zdravstvenega problema ali uživanja prepovedanih snovi, ki ovira ali onemogoča delovanje posameznika na enem ali več življenjskih področjih (3, 4, 5). Pri zdravnikih splošne prakse je najpogostejše iskanje pomoči zaradi razpoloženskih in tesnobnih motenj (1). Na njihov nastanek vplivajo dejavniki, ki povečujejo dovzetnost za razvoj ter sprožijo in vzdržujejo anksiozno motnjo (6). Slovenija ima po pregledu zadnjih dostopnih podatkov in raziskav enega najvišjih količnikov samomora v EU, najpogostejši motnji med splošno populacijo pa sta anksioznost in depresija – tudi glede na analizo prvih obiskov zaradi duševnih motenj v primarnem zdravstvu (7). Na primarni ravni se je število prvih obiskov zaradi vedenjskih in duševnih motenj povečalo iz 91.450 v letu 2006 na 94.170 v letu 2009 (8). Tako v razvitem svetu (4, 9) kot tudi v Sloveniji so najpogostejše duševne motnje depresija in anksiozne motnje (4, 6, 7, 9). Leahy v Tacol (10) navaja, da zaradi anksioznih motenj letno zboli blizu 20 % ljudi, kar 30 % pa se jih v svojem življenju sreča s tovrstnimi težavami. Anksiozne motnje spadajo med najbolj razširjene psihiatrične motnje, ki prizadene v 10–30 % splošne populacije (4).

Diplomsko delo temelji na sistematičnem pregledu domače in tuje literature ter podatkov s področja anksioznih motenj in njihove obravnave. Delo je strukturno razdeljeno na teoretični in raziskovalni del. V prvem delu smo predstavili anksiozno motnjo kot zdravstveno stanje z značilnimi telesnimi in duševnimi spremembami delovanja ter opredelili vlogo medicinske sestre in zdravstvene nege pri obravnavi pacientov. V drugem delu smo z anketnim vprašalnikom, ki smo ga pripravili za namen raziskave, ter na podlagi

pregleda literature in teoretičnih izhodišč ugotavljali, kakšen pomen ima kakovostna timska obravnava pacienta z anksiozno motnjo v dveh izbranih psihiatričnih bolnišnicah. Cilj diplomskega dela je na podlagi ugotovitev povečati seznanjenost zaposlenih v zdravstveni negi s proučevano problematiko ter posledično vplivati na kakovost kontinuirane zdravstvene nege na psihiatričnem področju.

V časovnem obdobju dveh mesecev smo na priložnostnem vzorcu 32 oseb, ki so v stiku s pacienti na psihiatričnem področju v dveh psihiatričnih bolnišnicah, ugotavljali, kakšna je bolnišnična timska obravnava pacientov z anksiozno motnjo ter ali sta kognitivno-vedenjska terapija in zdravstvena nega pri obravnavi povezani.

## 2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

### 2.1 Dejavniki tveganja za nastanek anksiozne motnje

Kot vemo, le redke družine nimajo težav z duševnimi boleznimi, vendar letna prevalenca pri mladostnikih ni tako dobro zabeležena kot pri odraslih. Motnjo naj bi imelo približno 20 % otrok in mladostnikov, med katerimi naj bi za resnejšo obliko trpelo od 5 do 9 %. Pri starejših, med katerimi je letna prevalenca 20 %, je tesnobnih motenj 11,4 %, vendar ugotovljeni deleži ne povedo veliko o deležu tistih, ki bi pomoč potrebovali in tistih, ki pomoči sploh ne iščejo (1). V Ameriki so anksiozne motnje najpogostejše duševne motnje, ki prizadenejo od 10 % do 25 % prebivalstva (9). Dernovšek s sodelavci (11) navaja raziskavo Dunna s sodelavci, ki ugotavljajo, da 40–60 % oseb z depresijo trpi tudi za anksioznostjo. Dernovšek in drugi (11) navajajo, da je anksioznost približno dvakrat pogostejša pri ženskah, kar velja tudi za depresijo. Za izgubljena leta življenja zaradi posledic bolezni, kot temu pravijo v medicini, so največkrat krive nevropsihične bolezni. To je potrdila tudi raziskava (12), objavljena v ugledni medicinski reviji *The Lancet*, po kateri je 28 odstotkov let življenja izgubljenih na račun nevropsihičnih bolezni. Dodaten dokaz, da nevropsihičnim boleznim ne namenjamo dovolj pozornosti in sredstev, je tudi Avstrija, kjer so duševne bolezni drugi najpogostejši vzrok za invalidsko pokojnino in predčasno pokojnino na splošno. Po napovedih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) bodo depresije že leta 2030 najpogostejše resnejše zdravstvene težave (12). V raziskavah so ena plat številke o pogostosti duševnih motenj, druga pa številke o obstoju zdravljenja in iskanju pomoči (13). Strokovnjaki opozarjajo, da je vse več anksioznih motenj in zmernejših oblik depresij tudi zaradi gospodarske krize (14). Na duševno zdravje populacije vplivajo različni dejavniki, med drugim tudi medosebni odnosi, družinska struktura, odnosi na delu, zaposlitvene možnosti, zdravstveni sistem itd. Tako je za vzdrževanje duševnega zdravja izjemnega pomena socialna podpora oziroma vključenost, ki jo posameznice in posamezniki dobijo od svoje družbene skupnosti (15).

Strokovnjaki (3) ocenjujejo, da ima približno tretjina pacientov v splošni ambulanti znake ali pa v celoti izraženo motnjo s tega diagnostičnega področja. Neposredni vzrok za obisk pri zdravniku je pogosto prav kateri od značilnih znakov anksioznosti (3, 16). Začetki splošne tesnobne motnje se običajno pojavijo v zgodnji odraslosti, najpogostejši pa so pri starejših (1).

### **2.1.1 Sprožilni dejavniki za nastanek anksiozne motnje**

Dejavniki, ki sprožijo anksiozno motnjo, so neprijetni enkratni dogodki v okolju (npr. prometna nesreča, naravna katastrofa), denarne težave, zdravstvene težave posameznika ali koga od družinskih članov, izguba (izguba delovnega mesta, razpad zveze, smrt v družini), osamljenost, kopičenje manjših stresnih situacij (npr. otrokov šolski neuspeh, velika odgovornost), pomembne življenjske spremembe (npr. odgovorno delovno mesto, selitev, rojstvo) in uživanje psihoaktivnih snovi (6).

### **2.1.2 Dejavniki, ki povečujejo možnost za nastanek anksioznih motenj**

Dednost, osebne lastnosti (npr. perfekcionizem) in telesne bolezni (npr. kronične bolezni), ki prinašajo spremembe in negotovosti, so dejavniki, ki povečujejo možnost za nastanek anksioznih motenj. Sem sodijo tudi razvojno-psihološki dejavniki družine, ki se kažejo kot pretirano opozarjajoči, zaskrbljeni, prezahtevni, perfekcionistični ter pretirano kritični starši; izkušnje, ki privedejo do čustvene nezaščitenosti in odvisnosti (npr. alkoholizem, fizična in spolna zloraba); ter pretirano represivna vzgoja (npr. potlačitev čustev in nedopuščanje svobodnega izražanja čustev in misli) (6). V tesnobo lahko vodijo tudi izpostavljenost nevarnosti, jeza, žalost, frustriranost ali izguba nečesa, kar posamezniku veliko pomeni (17).

### **2.1.3 Vzdrževalni dejavniki za anksiozno motnjo**

Dejavniki, ki anksiozno motnjo vzdržujejo, so neučinkovito varovalno vedenje in umikanje, ki se kažeta kot opuščanje socialnih stikov in dejavnosti oziroma kot izguba socialne mreže. Tipično varovalno vedenje, ki ga posameznik potrebuje kot spremstvo

(npr. telefon) in umikanje situacijam, povečuje anksioznost in ga okolica ne razume. Tovrstno vedenje posledično privede do težav v medosebnih odnosih in v službi ter zmanjšuje učinkovitost in asertivnost na delovnem mestu. Težave se lahko vzdržujejo preko zlorab in odvisnosti od psihoaktivnih snovi, bolezni, nezaupanja vase in izgubljanja upanja na možnost izbiranja. Posledično se tem dejavnikom pridružita tudi depresija in nezaupanje v možnost rešitve (6).

### **Funkcionalna stanja in vzorci zdravega vedenja**

Gordonova (18) opisuje funkcionalne vzorce zdravega vedenja, ki izhajajo iz interakcije z okoljem. Uporabljamo jih pri negovalni anamnezi in razvrščanju negovalnih diagnoz, kjer vsak odziv izraža biopsihosocialno integracijo. Na te vzorce vplivajo duhovni, socialni, kulturni, razvojni in biološki dejavniki, medtem ko so disfunkcionalni vzorci vedenja lahko posledica bolezni ali pa v bolezen vodijo. Na osnovi individualnih načel, ustaljenih norm vedenja določenih starostnih skupin ter socialnih, kulturnih in ostalih norm lahko primerjamo funkcionalni in disfunkcionalni vedenjski vzorec. V optimalnem funkcioniranju vsakega posameznika ocenimo in ovrednotimo njun delež v odnosu do ostalih. Med funkcionalne vzorce obnašanja spadajo:

- vzorci zdravega obnašanja, ki opisujejo sprejemanje vzorcev zdravja, dobrega počutja in skrbi za zdravje;
- vzorci prehranjevanja in metaboličnih procesov, ki opisujejo uživanje hrane in tekočin v odnosu do metaboličnih potreb ter kazalce o dostopnosti hranil določenega okolja;
- vzorec izločanja, ki opisuje funkcije izločanja kože, sečnega mehurja in črevesja;
- vzorec fizične aktivnosti, ki opisuje aktivnost posameznika, rekreacijo in počitek;
- vzorec počitek-spanje, ki opisuje spanje, relaksacijo in počitek;
- kognitivni vzorec, ki opisuje kognitivne in senzorične procese in primernost odzivanja, med katere prištevamo vse pripomočke in proteze (če jih posameznik uporablja), vonj, dotik, okus, sluh ter vid;
- vzorec za zaznavanje samega sebe, ki opisuje predstavo o razpoloženju in sebi samemu;
- vzorec družbene vloge in medosebnih odnosov, ki opisuje povezave posameznika v družbi in njegovo angažiranje;

- spolno-reproduktivni vzorec, ki opisuje zadovoljstvo ali nezadovoljstvo s spolnim vedenjem in življenjem;
- vzorec za obvladovanje stresnih situacij, ki opisuje učinkovitost v odnosu do obvladovanja stresa in splošne načine obvladovanja; ter
- vzorec vrednot, ki opisuje ideologijo (tudi duhovnost), cilje, vrednote ter vse, kar vpliva na odločitve in izbire posameznika (18).

### **Hamiltonova lestvica anksioznosti**

Klein in Hippus v Rakovec-Felser (19) navajata eno bolj znanih sredstev za preverjanje anksioznosti iz leta 1959, in sicer Hamiltonovo lestvico anksioznosti, ki je sestavljena iz 14 postavk. Prva polovica postavk preverja stopnjo človekove skrbi, potrtosti, bojazni, spretnosti ter posledično motene mišične, telesne in zaznavne motnje, nespečnost in umsko učinkovitost. Drugi del postavk pa preverja morebitne motnje organskih sistemov: nevrovegetativnega, urogenitalnega, gastrointestinalnega, respiratornega in kardiovaskularnega. Prisotnost morebitnih težav je izražena v stopnjah od 0 do 4, pri čemer je 4 zelo močna, 3 močna, 2 srednja, 1 delna in 0 odsotnost izraženih težav. Klein in Hippus v Rakovec-Felser (19) opisujeta, da razpon od 10 do 19 točk pomeni lahko zvišano vrednost, razpon od 20 do 29 pomeni pomembno zvišano vrednost, rezultat nad 30 točk je opredeljen kot močna zvišana vrednost, 56 točk pa je najvišja vrednost. O prisotni anksiozni motnji govorimo v primeru močno zvišanih vrednosti.

## **2.2 Vrste anksioznih motenj**

Med simptomi in znaki anksioznih motenj je najpogostejša tesnoba, ki se lahko pojavi nenadno, postopoma, traja nekaj minut, je komaj zaznavna ali pa traja več let. Kadar ovira vsakodnevne dejavnosti, kadar vztraja, ko nevarnost izgine, kadar je ni mogoče nadzorovati ali nadzoruje osebo, pravimo, da gre za anksiozno motnjo. Ker se motnje kažejo na področjih druženja, dela in šolanja, so zelo veliki tudi dejavniki tveganja za razvoj depresivnih motenj ter odvisnosti od alkohola in benzodiazepinov. Lahko se pojavijo pri otrocih in odraslih. K razvoju motnje so nagnjeni zlasti perfekcionisti, osebe z večjo potrebo po odobravanju drugih ter tisti, ki slabše prenašajo kritiko (5). Motnje lahko nastanejo zaradi psiholoških, bioloških in socialnih vzrokov (5, 6, 7). Cohen in Herbert v



Erzar (1) navajata, da možgani izvajajo psihične procese, ki se odražajo v telesnih spremembah, npr. pri paničnih napadih pride do potenja, povišanega srčnega utripa in močnega bitja srca. Doživljanje in vedenje se torej odražata v možganih, pri čemer se v njihovo strukturo vpišejo tudi najmanjše spremembe. Posledice se odražajo v telesu, vedenju, čustvih in mislih, lahko se prepletajo, prekrivajo ali vplivajo druga na drugo in se medsebojno krepijo (20). Anksioznost je podobna spremembam običajnega odziva na stres (6) in jo razdelimo na blago, zmerno, hudo anksioznost in paniko (4, 5, 9, 18, 21). Rakovec-Felser (19) in Dernovšek (6) s sodelavci opisujejo spremembe v delovanju človeka na telesnem, duševnem, vedenjskem in miselnem področju.

- **Telesne spremembe:**

Misli in čustva vplivajo na telo. Spremembe v telesnem delovanju so vidne na obrazu, ko prizadeti zardi iznenada, ne da bi sam vedel čemu. Spremembe se torej lahko pokažejo na površini, lahko pa so nenadoma motene tudi funkcije notranjih organov. Prizadeti spremeni dihanje in začne dihati hitreje ali pa zadrži dih. Ob tesnobi se sprošča adrenalin, ki privede do pospešenega utripa srca, oteženega dihanja, potenja, razširjenih zenic, napetosti v mišicah, utrujenosti, glavobola in drugih bolečin, tresenja, slabosti, suhih ust, nemirnosti, upočasnenosti prebavnega sistema, težav s požiranjem, vrtoglavice in otrplosti ter občutka mravljincev v glavi in mišicah. Spremembe se pokažejo tudi v psihomotoričnem delovanju in zmožnostih. Učinki se pokažejo s spremembo gibanja, telesne drže in mimike obraza. Napetostim v mišicah se priključijo mišični krči, gibanje postane upočasnjeno, negotovo in okorno. V motoričnih reakcijah je lahko opaziti ravno nasprotno. Posameznik je na pogled nemiren in hitrih gibov, ki so med seboj slabo usklajeni in nezanesljivi. Naštete telesne reakcije si lahko posameznik razlaga napačno, kar privede do povečanje tesnobe (6, 19).

- **Duševne spremembe:**

Na duševnem področju so značilni občutki negotovosti, bojazni, zaskrbljenosti, utesnjenosti, utrujenosti, nemoči in nemira. Zaradi vsiljevanja idej in misli pride do raztresenosti ali neustrezne osredotočenosti. Ker se prizadeti včasih ne spomni podatka, s katerim se srečuje vsakodnevno, ima težave s spominom. Manjka mu pregled nad situacijo in vidi le konkretne rešitve nastalega problema, medtem ko zahtevnejšega premisleka ni zmožen. Neprijetna čustva se lahko stopnjujejo. Ob čustvu, kateremu želi ubežati, čuti izrazito neugodje, ki se kaže kot napetost s povečano duševno in telesno budnostjo.

Zaskrbljenost glede prihodnosti in tesnobi pridružen obup sta lahko dolgotrajna in huda, ki se lahko stopnjujeta do groze ali panike (6, 19).

- **Spremenjeni miselni procesi:**

Misli o neprestanih skrbah, katerih se človek ne more otresti, so za posameznika zelo pomembne in ga lahko popolnoma prevzamejo. Oseba razmišlja, da je v nevarnosti, da jo bodo vsi zapustili, da se ji bo zmešalo, da ji bo zastalo srce, da se bo zadušila ali umrla, da je popolnoma odvisna od drugih ter da situacije ne more obvladovati. Sprašuje se, zakaj se ji to dogaja, kaj si bodo mislili drugi, ali bo še kdaj takšna, kot je bila nekoč, ali je nenormalna in jo zapušča razum, ali ne bo mogla dihati, bo omedlela, bo sebi ali drugim naredila kaj hudega (6, 19).

- **Vedenjske spremembe:**

Vedenjske spremembe se kažejo kot nespečnost, nočne more, opuščanje aktivnosti, umikanje v samoto, izogibanje dejavnostim z drugimi, držanje zase, jok, izogibanje ljudem, krajem, dejavnostim in okoliščinam. Eden od pokazateljev je tudi varovalno vedenje oziroma ne-izogibanje, ki daje občutek obvladovanja situacije z izdelanimi varovalnimi načrti, s pomirjevali, telefonom v roki in samogovorom. Varovalno vedenje lahko privede do posameznikovega neustreznega ukrepanja s pomočjo zdravil, alkohola in kajenja (6, 19). Anksiozna simptomatika zajema kompulzije, prisilne misli, fobije, vegetativne motnje, napetost in strah (22).

Ker je anksioznost pogost pojav tudi pri otrocih, je zaskrbljujoče dejstvo, da dandanes povprečen otrok doživlja enako stopnjo anksioznosti, kot jo je v petdesetih letih prejšnjega stoletja doživljal povprečen pacient z duševno motnjo. Naraščanje anksioznosti v današnjem času je na prvi pogled nerazumljivo, saj je človek zaščiten pred mnogimi nevarnostmi. Vendar če natančneje pomislimo o sodobnem načinu življenja, ki prinaša individualizem, tekmovalnost, osamljenost, odtujenost, neizpolnjena pričakovanja ter pomanjkanje smisla, lahko ugotovimo, da vse to predstavlja ugodna tla za razraščanje tesnobe, strahu pred življenjem in življenjskega nezadovoljstva (10).

### **2.2.1 Generalizirana anksiozna motnja**

Generalizirana anksiozna motnja je pri ženskah enkrat pogostejša kot pri moških in

prisotna pri 1–2 % populacije. Zanj je značilna stalna zaskrbljenost in prosto lebdeča tesnoba zaradi stvari, ki posamezniku predstavljajo vrednote. Oseba podcenjuje svoje sposobnosti ali možnost rešitve ter precenjuje nevarnost in je do sebe neizprosna, se žene za popolnostjo ter včasih večkrat ponovi že postorjeno. Ker dvomi v svojo učinkovitost, kakovost dela ter svoje sposobnosti, neprestano išče potrditev od zunaj, ob svojih uspehih pa zaradi prevelikih pričakovanj doživlja premajhno zadovoljstvo. Poleg težav s pospešenim bitjem srca, z oteženim dihanjem, s tenzijskim glavobolom, z bolečinami po telesu in utrujenostjo ima tudi druge telesne težave, ki so povezane z vegetativnim živčnim sistemom in se kažejo kot razdražljivost, nemir, vznemirjenost, omotičnost, pogosto uriniranje, suha usta, potenje, bolečine v želodcu in slabost (5). Oseba z generalizirano anksiozno motnjo je pretirano zaskrbljena in čuti zaskrbljenost vsaj 50 % časa v obdobju 6 mesecev ali dlje. Svojih skrbi ne more nadzorovati in ima tri ali več od naštetih simptomov, kar pri starejših povzroča zmanjševanje kakovosti življenja (21).

### **2.2.2 Fobične motnje**

Fobija vpliva na posameznikov vsakdan in traja najmanj 6 mesecev ali dlje. Delimo jo na socialno fobijo in enostavne fobije, med katere najpogosteje prištevamo agorafobijo (strah pred oprtimi prostori), klavstrofobijo (strah pred zaprtimi prostori), strah pred višino, kačami, pajki in podobno. Socialna fobija je prisotna pri 3 % populacije in je pri ženskah pogostejša. Pomoč sicer pogosteje poiščejo moški, saj se podoba plahega moškega ne sklada s predstavami današnje družbe, medtem ko so specifične fobije zelo pogoste oziroma prisotne kar pri 11 % populacije z enako porazdelitvijo med spoloma. Med otroške fobije običajno vključujemo medicinske postopke, temo, kri, vodo, višino, nevihte in živali, ki velikokrat izginejo same (5). Fobijo označujemo kot nelogičen, intenziven in vztrajen strah pred socialnim položajem ali določenim predmetom, ki ovira normalno delovanje ter posamezniku povzroča izjemno stisko. Tudi če fobije običajno ne izhajajo iz preteklih negativnih izkušenj, posameznik razvije vnaprejšnji strah, ki lahko zaradi posledičnega izogibanja močno omejuje njegovo življenje (21). Oseba s socialno fobijo se boji, da bo v družbi neznancev ali vrstnikov sprožila posmeh, izpadla smešna, neumna, neprimerna, neustrezna oziroma ne bo izpolnila pričakovanj, zaradi česar si ne bo upala govoriti, jesti pred drugimi ali nagovoriti osebe nasprotnega spola. Oseba pri tem doživi

neprijetne telesne občutke, ki se kažejo kot omotičnost, otrplost, slabost, tresenje, razbijanje srca in potenje. Te občutke spremlja misel, da bo naredila kaj nepremišljenega, da bo izgubila razum ali umrla. Ker se posameznik zaradi strahu pred situacijami in stvarmi kljub vednosti, da ni nevarna, boji lastne reakcije, se ji začne izogibati (5).

### **2.2.3 Panične motnje**

Panična motnja (z agorafobijo ali brez) je dvakrat pogostejša pri ženskah in se pojavlja pri 1–2 % populacije (5). Sestavljena je iz diskretnih epizod paničnih napadov. V obliki stopnjevalne intenzivne tesnobe traja 15–30 minut ter povzroča čustveni strah in fiziološko neugodje. Merikangas v Videbeck (21) navaja, da ima več kot 75 % ljudi s panično motnjo spontane začetne napade in da polovica tistih, ki so zboleli za tovrstno motnjo pridruženo, trpi še za agorafobijo. Navaja tudi, da se tveganje za panično motnjo pri ljudeh z depresijo poveča za 18 %, ter meni, da je pogostejša pri ljudeh, ki še niso diplomirali ali še niso poročeni (21). Ko posameznik doživi vsaj dva nepričakovana napada, katerima sledi vsaj mesec dni skrbi pred novim napadom, govorimo o panični motnji. Pri otrocih ni pogosta, lahko se pojavi v adolescenci, najpogostejša pa je v zgodnjih do srednjih dvajsetih letih. Poleg panične motnje lahko posameznik razvije tudi agorafobijo, zaradi katere je lahko bolj obremenjen, saj se brez spremstva boji voziti z avtobusom, oditi v kino ali zapustiti dom. Zaradi možnosti ponovitve je v primeru, da se agorafobija ne razvije, prognoza dobra. Simptomi vegetativne vznemirjenosti, ki smo jih opisali do sedaj, so značilni za panično motnjo, le da se ne pojavijo ob situaciji, ki plaši posameznika, temveč v obliki nepričakovanega napada (5), med katerim oseba doživlja intenzivno tesnobo s štirimi ali več že naštetimi simptomi, kot so palpitacije, potenje, tresenje, omotice, slabosti itd. (21). Ker je posameznik ob tem prepričan, da bo izgubil zdrav razum, nadzor nad svojim vedenjem ali umrl, se po enem ali več napadih pojavi strah ter posledično izogibanje mestom, kjer se napadi pojavljajo. Napade, ki se pojavijo ponoči, označujemo kot posebej neprijetne (5).

### **2.2.4 Obsesivno-kompulzivna motnja**

Obsesivno-kompulzivna motnja označuje obsesije (ponavljajoče se misli) in/ali kompulzije

(ponavljajoče se vedenje). Posameznik jih zaradi vsiljevanja ne more nadzirati in se jih ubraniti. Pojavljajo se pri 2–3 % populacije in se med spoloma ne razlikujejo (5). Obsesije motijo poklicne, socialne in medosebne odnose, kažejo pa se kot vsiljivi, vztrajni ter ponavljajoči se impulzi in podobe. Oseba se pretiranih in nerazumljivih misli zaveda, ampak verjame, da sama nima nadzora nad njimi. Kompulzije so obredno ponavljajoča duševna dejanja in vedenja, ki jih oseba opravlja neprekinjeno, njihova téma pa je povezana z obsedenostjo določenih misli. Kažejo se kot preverjanje ritualov (npr. večkratno preverjanje ali so vrata zaklenjena), štetje ritualov (npr. štetje korakov, miz v razredu), umivanje do poškodovanja kože itd). Obsesije tesnobo povzročajo, medtem ko jo kompulzije nevtralizirajo (21).

## **2.3 Obravnava anksioznih motenj**

Psihoterapevtska obravnava teži k osveščanju lastnih čustev in potreb oziroma tako imenovani zavrtosti. Z njeno pomočjo uspešno odpravimo razloge, ki bi sicer vodili do nevroloških motenj. Oseba se nauči ustreznejše obvladovati neugodne dogodke, si privzgoji drugačne navade in si preuredi okolje na osnovi prepoznavanja svojih potreb s spremembo načina reagiranja in z zadovoljevanjem odrinjenih potreb ter si pomaga, da postane čustveno stabilnejša (16). Ponovitev pacientovega slabega telesnega stanja, potreba po zdravstveni pomoči in ponovna hospitalizacija postanejo manj verjetni, kadar postane psihoterapevtski ukrep del celostne pomoči in obravnave. Če oseba sprejme novo situacijo, se nauči živeti z njo, zna preživeti krizno situacijo ter iz nje pride bogatejša, se možnost poseganja po udarnejši terapiji zmanjša, seveda z zavzetim ustreznejšim odnosom do sebe, v katerem je tudi manj samodestruktivnega ravnanja. (19). Na osnovi pacientovih potreb, želja in ugotovitev medicinske sestre je mogoča celostna obravnava, ki temelji na pozitivnih osebnih lastnostih, etično in moralno naravnostjo ter visoki ravni strokovnega znanja (23). Nekateri doživljajo anksioznost naenkrat kot posledico bolečega dogodka ali povsem spontano, drugi pa so celo življenje vseskozi bolj ali manj anksiozni (5, 18). To razlikovanje je pomembno zaradi drugačnega zdravljenja akutne motnje in trajne anksioznosti. Za diagnozo anksiozne motnje je pomembna natančna anamneza, opazovanje in telesni pregled (5). Preden zdravnik poda diagnozo, je potrebno izključiti medicinske vzroke in posledice uživanja prepovedanih snovi ter opozoriti, da sta odvisnost od

psihoaktivnih snovi in depresija pogosti duševni motnji, ki ju je težko ločiti od anksioznosti. Upoštevati je potrebno tudi primarno anksioznost, ki se lahko pojavi kot posledica katere druge motnje (3). Pomembno je, da se izboljša znanje in osveščenost na področju nujenja preventive, psihoterapevtske obravnave in svetovalne oblike pomoči ter da se zagotovijo podporni mehanizmi za posameznike (24) in da prepreči širjenje stigme, ki združuje komponente diskriminacije, čustvenih reakcij, kognitivnega ločevanja, stereotipiziranja ter označevanja (25).

### 2.3.1 Farmakološko zdravljenje anksioznih motenj

Prepričanje, da se duševnih bolezni ne da zdraviti, je napačno, saj imamo za eno motnjo na voljo različne oblike učinkovitega zdravljenja, bodisi psihosocialnega bodisi farmakološkega. Kombiniranje posameznik oblik je pri duševnih boleznih dokazano največkrat najučinkovitejše (1). Za zdravljenje tesnobnih motenj uporabljamo zdravila iz skupine anksiolitikov, ki zmanjšajo občutek strahu in vznemirjenosti (26, 27). Anksiolitiki so zdravila, ki delujejo na živčevje, v grobem pa jih razdelimo na nebenzodiazepinske in benzodiazepinske anksiolitike (benzodiazepini, agonisti serotoninskih receptorjev, barbiturati, hidroksizin in zeliščni pripravki) (26). Danes vemo, da imajo anksiozne in duševne motnje biološko osnovo, zato uporabljamo pri zdravljenju varnejša in učinkovitejša zdravila. Med njimi je agomelatin oziroma agonist melatoninskih receptorjev, ki je zadnja registrirana učinkovina v Sloveniji (27).

Naloga farmacevta med zdravljenjem je pacientu nuditi pomoč pri jemanju zdravil in prepoznavanju neželenih učinkov. To je možno le v primeru pacientovega pravilnega prejemanja terapije, zavedanja o bolezni in aktivnega sodelovanja (27).

V Sloveniji se uporabljajo:

- **alprazolam** za anksiozno motnjo s simptomi depresije ali brez njih, panično motnjo, anksiozna stanja in mešana anksiozno depresivna stanja;
- **bromazepam** za anksioznost, napetost, čustvene motnje in motnje spanja;
- **diazepam** za anksioznost, napetost, čustvene motnje, motnje spanja in anksiozna stanja;

- **klobazam** za anksioznost in epilepsijo;
- **lorazepam** za anksioznost pri duševnih motnjah in motnjah spanja;
- **medazepam** za anksioznost pri somatoformnih motnjah in motnjah spanja;
- **oksazepam** za anksioznost in motnje spanja;
- **fluorazepam** za motnje spanja (27).

Pogosto je najboljše zdravljenje anksioznih motenj kombinacija zdravil in kognitivno-vedenjske terapije (4).

Danes so najpogostejša predpisana zdravila antidepresivi, in sicer zaradi ugodnega profila neželenih učinkov, ki ne povzročajo odvisnosti in tolerance. Vendar to ne velja za kratko delujoče in dolgo delujoče benzodiazepine, ki učinkujejo miorelaksantno, antikonvulzivno, hipnotično, sedativno in anksiolitično. Schmitzer v Hriberšek (27) navaja, da benzodiazepine ukinjamo in uvajamo postopno in počasi. Njihove glavne indikacije so anksiozna stanja, panične motnje, fobije in obsesivno-kompulzivne motnje.

### 2.3.2 Psihoterapija

Psihoterapija je oblika pomoči z verbalno komunikacijo (1), v okviru katere terapevt pacientu svetuje in pomaga pri (osebnih življenjskih) odločitvah (10, 17). Pacient preko pogovora predstavi problem (1), ki je nastal zaradi nagonskih in čustvenih navzkrižij (10). Psihoterapija je načrtno vplivanje na tistega, ki potrebuje zdravljenje, in orodje, ki ga uporablja pacientova osebnost (22, 28). Uspehi psihoterapevtske obravnave se lahko pokažejo po mesecih ali letih. Sam stik s terapevtom je lahko tudi krajši, npr. od štiri do osem srečanj, kjer oseba dobi usmeritve za nadaljnje delo na sebi in osnovna spoznanja (22). Medicinske sestre dnevno uporabljajo številne elemente psihoterapije in so nastopajo kot sodelavke ali samostojne izvajalke različnih oblik dela s pacienti (17, 29). Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki jih to delo bolj zanima, imajo možnost dodatnega izobraževanja na podiplomskih tečajih iz psihoterapije s pridobitvijo naziva psihoterapevt, z obiskovanjem strokovnih srečanj *Združenja psihoterapevtov Slovenije* in na supervizijah, kjer se lahko usposobijo za najzahtevnejše oblike psihoterapije (29).

### **2.3.3 Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) anksioznih motenj**

Biro v Kogovšek (29) predlaga uporabo treh osnovnih korakov:

- identifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj,
- modifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj ter
- vedenjski eksperiment in učenje novega vedenja.

Shapino in Carlson v Tacol (10) navajata, da je čuječnost (angl. mindfulness) psihološki proces, ki izvira iz dva tisoč petsto let stare budistične tradicije. Temelji na sprejemanju in je znan kot tretji val KVT. Čuječnost je treba vaditi daljše obdobje, vendar ta človeka ne osvobaja strahu, temveč ga uči svobodnega življenja z njim. Najbolje je, da jo pacient osvoji kot življenjsko spretnost, ki jo uporablja skozi vse življenje. Z njo pacient lažje sprejme stisko in nelagodje. Pomaga mu k večji psihološki prožnosti, ki jo potrebuje pri doseganju ciljev, uresničevanju vrednot in spreminjanju vedenja. Potrebno je, da se zanj svobodno odloči. Ker zahodni človek pogosto živi razpet med preteklostjo in prihodnostjo, so strokovnjaki ugotovili, da je čuječnost še posebej koristna. Poleg usmerjanja pozornosti in zavedanja je njen cilj tudi vključevanje popolnosti. Z njo je življenje bogatejše, posameznik je bolj radoveden in odprt, ne posluhuje se razsojanja. Čuječnost lahko v vsakdanjem življenju vadimo na neformalen način, in sicer s posvečanjem pozornosti temu, kar se dogaja v našem zavestnem čutenju, ne da bi se za vsak trenutek pripravljali ali ga posebej načrtovali. Formalno pa jo dosežemo z meditacijo, čuječnim dihanjem, meditativnim opazovanjem telesnih občutkov itd. Notranjo napetost zmanjšamo z relaksacijskimi tehnikami, katerih ključni cilj je kar se da uspešno obvladovanje anksioznosti (10, 16, 29).

Anksiozna oseba se ne izogiba s strahom povezanim situacijam, ampak se želi izogniti svojemu neprijetnemu doživljanju. Tako lahko rečemo, da je osnovni problem vseh anksioznih motenj strah pred strahom (10). Kadar se posameznik vede, kot da je vzrok za njegovo nesrečnost in trpljenje anksioznost, z izogibanjem povzroči, da se ta ohrani, pri čemer se poveča verjetnost izogibanja in zmanjša možnost pridobitve pozitivnih izkušenj. Za učinkovito spoprijemanje z anksiozno motnjo pa je osnova ravno nasprotno ravnanje – izpostavljanje. Ker negativne misli o notranjih dogodkih vzdržujejo motnjo, je ravno sprejemanje ključ za osvoboditev iz teh spon. Pacientom v procesu terapije pomaga



razlaga, da je anksiozna motnja vgrajena v naše možgane in da zaradi nje ne moremo obvladati vseh dogodkov, ki se pojavijo, preden se jih lahko zavemo. Pacienti preko meditativnih vaj sprejemajo, opazujejo in prepoznavajo različne vznemirjajoče, neprijetne misli in telesne občutke (10, 16, 29).

- Osebe s panično motnjo, katere podlaga so negativna prepričanja o sebi, lahko z usmeritvijo terapije naučimo sprejemati fiziološke pojave. S čuječnim opazovanjem in odkrivanjem ta prepričanja lahko prepozna kot zmotna.
- Pri obravnavi oseb s specifičnimi fobijami in socialno fobijo upoštevamo podobne principe. Vaje čuječnosti pomagajo pri izpostavljanju situacijam, ki se jim oseba izogiba in se jih boji. Sprva preko vaje podoživlja, opazuje in sprejema strah v domišljiji, nato pa postopoma še v realnem življenju.
- Tacol (10) navaja tudi, da so glavni problem oseb z generalizirano anksiozno motnjo skrbi glede prihodnosti. Čuječnost je zelo primeren pristop za njihovo zmanjševanje, saj privzgaja popolno sprejemanje in zavedanje sedanjega trenutka. Predstava, da so na gladini reke mehurčki ali na nebu oblaki, sestoji iz opazovanja misli, kar je značilna meditativna vaja za zmanjševanje skrbi.
- Osebo z obsesivno-kompulzivno motnjo učimo, da izrivanje in kontrola misli ne moreta roditi uspeha. S ponazoritvijo vaj in primerov lahko dosežemo zavedanje, da so misli povsem nekaj drugega kot dejanje ter da same niso nevarne.

Orsillo in Roemer v Tacol (10) opisujeta, da razširjanje lastnega področja zavedanja in pozornosti z vajami čuječnosti koristi vsem pacientom z anksiozno motnjo. Sprva občutenje in sprejemanje tesnobe, strahu in napetosti brez notranjega siljenja, da bi to občutenje pregnali, opazujejo z razdalje. Nato se naučijo, da so čustva in misli pojavi v duševnosti, ki odhajajo, prihajajo in se spreminjajo kot oblaki na nebu. Terapevtska prizadevanja gredo tako v smeri, da bi pacienti svoje prvotno izhodišče »Ko ne bom več anksiozen, bom šel med ljudi.«, spremenili v trditev: »Kljub anksioznosti grem med ljudi.« (10)

V okviru klinične zdravstvene psihologije je KVT pravzaprav najbolj uporabljena oblika psihoterapije, ki ponuja učinkovite psihološke storitve ob manjši porabi finančnih sredstev

in istočasno večjemu številu uporabnikov. Z uporabo priročnikov in v zadnjih letih računalniške tehnologije, ki sta postala vse bolj pogosta načina kognitivno-vedenjske samopomoči, KVT zadosti tudi eni izmed zahtev sodobnega zdravstvenega varstva. Včasih je lahko izvedba KVT zelo kompleksna, včasih pa temelji na izdelanih metodah in je zelo enostavna; tako se jo lahko sorazmerno hitro naučijo tudi bolj neizkušeni terapevti. Zaradi spodbujanja in vključevanja pacientove aktivnosti v procesu zdravljenja se lahko uporabljajo različne oblike samopomoči z minimalnim stikom s terapevtom. Globinska večplastnost KVT omogoča, da poleg psihologov in psihiatrov terapijo izvaja širok krog zdravstvenih delavcev, tako socialni delavci, delovni terapevti, fizioterapevti kot tudi osebje zdravstvene nege (17). Trenutni poudarek na stroškovno učinkovitem zdravljenju in dokumentiranju izidov oskrbe s KVT za psihiatrično medicinsko sestro v naslednjem desetletju pomeni povečano potrebo po strokovnem znanju (30).

Pri zdravljenju s KVT uporabljamo teorijo učenja z namenom premagati pacientove vsakodnevne težave in s tem doseči osebno rast s povečanjem spretnosti, sposobnosti in znanja. Pri terapiji medicinska sestra pacienta spodbuja k zdravemu odzivu in spreminjanju neprilagojenega vedenja. Cilj je usmerjen v obravnavo tukaj in zdaj ter temelji na prepričanju, da je pacient primarni nosilec odločanja. Ključni koncepti kognitivno-vedenjske terapije, procesa zdravljenja in njene strategije so lahko uporabljeni v praksi zdravstvene nege, kjer medicinske sestre pacientu zagotavljajo neposredno nego tako v bolnišnici kot njenem okolju, vrednost KVT pa je lahko prisotna skozi celotno oskrbo (30). Psihološko zdravljenje po metodah kognitivno-vedenjskih teorij v kombinaciji z relaksacijsko usmerjenimi psihoterapijami pokazalo za izjemno uspešno (95 %) (1).

## **2.4 Zdravstvena nega na področju duševnega zdravja in psihiatrije**

Po definiciji *Svetovne zdravstvene organizacije* (SZO) je zdravstvena nega celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v času zdravja in bolezni. Njene ključne vloge so zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje s pacienti, oblikovanje sistemov vodenja, izobraževanje in promocija varnega okolja (31). Kadar pacient izgubi nadzor nad življenjskim položajem, potrebuje pomoč, podporo, pozornost, toplino, prijaznost, razumevanje in spodbudne besede. Delo v

zdravstvenem timu zahteva sodelovanje, da natančneje vidimo položaj v odnosu do pacienta in sodelavcev (32).

Zdravstveno nego opredelimo s procesom, ki temelji na opazovanju in prepoznavanju problemov, negovalnih diagnozah, načrtovanju, izvajanju ter vrednotenju aktivnosti. Pri ocenjevanju organizirano in zbiramo podatke, z negovalnimi diagnozami pa opredelimo področje izvajanja intervencij. Rezultat identifikacije določajo merila, ki so rezultat za kratkoročne/dolgoročne cilje. Z načrtovanjem ukrepov dosegamo zastavljene cilje in jih na koncu ovrednotimo (33). Gordon (18) opredeljuje negovalno diagnozo kot klinično presojo na odzivanje aktualnih ali potencialnih zdravstvenih težav, ki je sestavljena iz problema, etiologije in simptoma. Medicinske sestre uporabljajo negovalne diagnoze na podlagi standardne klasifikacije duševnih motenj. Ta se uporabljajo z namenom razviti načrt zdravljenja, ki bo temeljil na oceni podatkov in teoretičnih osnovah (18, 33).

Procesna metoda dela je prinesla tudi osvetlitev »nevidnega« dela medicinske sestre, kot so poslušanje, pogovor, tolažba, svetovanje, neverbalna komunikacija, varovanje, zagotavljanje intimnosti ter učenje. Poleg lastnega načina izražanja so zahtevane procesne metode dela še človečnost, iznajdljivost, potrpežljivost, razumevanje in znanje. Vse naštetu je predpogoj za lastna razmišljanja o možnih spremembah in nenehno seznanjanje z novimi pogledi na to tematiko (33). Ker je zdravje na lestvici slovenske družbe visoko, je kakovostna zdravstvena nega usmerjena v izboljševanje, zagotavljanje, pospeševanje in ohranjanje zdravja ter učinkovito rehabilitacijo, terapijo in diagnostiko (34).

Koncept celostne (holistične) zdravstvene nege je neločljivi sestavni psihološki vidik, ki je pomemben v smislu pacientove duhovne, psihosocialne in biološke razsežnosti (17), na kateri mora temeljiti zdravstvena nega za kakovostno obravnavo pacienta z motnjo v telesnem in duševnem razvoju (35).

Model zdravstvene nege na psihološkem področju (ZN), ki ga navaja Nichols v Enova (17), izpolnjuje pacientove psihološke potrebe in vpliva na pozitiven potek bolezni ter posledično večjemu poklicnemu zadovoljstvu. Je neprekinjen krogotok skrbi za pacientove potrebe, zase, svojo osebnostno rast in je tudi dotok energije, v katerem je pomembno sodelovanje kliničnega zdravstvenega psihologa. Medicinska sestra naredi začetne poteze,

privede do napotitve k psihologu in s tem priskrbi pomoč, ki omogoča trening za kontrolo tesnobe. Princip ZN na psihološkem področju je širši od koncepta psihološkega vidika zdravstvene nege. Gre za koordinirano in načrtovano izvajanje psihološkega vidika zdravstvene nege v povezavi s kliničnim zdravstvenim psihologom. Element, imenovan samopomoč, vključuje kontinuirano skrb zdravstvenih delavcev za svoje psihofizično zdravje in osebnostno rast. Ker delo vedno zahteva izpostavljanje samega sebe stiskam drugih ljudi, je pomemben tudi element iskanja podpore zase. Brez ustrezne podpore se lahko začnejo pojavljati težave v zvezi z izgorevanjem (17), ki se kažejo kot motnje spanja, čustvene težave, izčrpanost in utrujenost (36). Nichols (17) opisuje tudi vlogo medicinskih sester, ki preverjajo pacientovo psihološko stanje in na podlagi njegovih potreb presodijo, ali je potrebna pomoč psihologa. Na ta način postanejo psihološka »ušesa in oči« kliničnega oddelka. Pacientovo sodelovanje pa povečuje vpogled v fiziološke in psihološke procese, kjer pride v poštev tudi zapisovanje predstav, misli in občutij v dnevnik. Po shemi ZN na psihološkem področju lahko povzamemo, da pacient ni pasiven sprejemnik oskrbe, ampak spremlja proces svojega zdravljenja aktivno. Njegovo sodelovanje dosežemo s posredovanjem zdravstvenih informacij in zdravstveno vzgojo, ki zmanjšuje tesnobo pred stresnimi terapevtskimi posegi in diagnostičnimi pregledi, kot so diete, opustitve razvad, telesna dejavnost kot tudi pravilno in redno jemanje zdravil ter opravljanje predpisanih samoterapevtskih postopkov. Pomanjkanje informacij in njihovo nerazumevanje je lahko glavni razlog pacientovega distresa in stresa. Odpravimo ga s popolnim in rednim posredovanjem informacij v informacijsko-izobraževalnem delu zdravstvene nege.

Osnovna značilnost zdravstvene nege je terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki je usmerjen v razvoj prilagojenega funkcioniranja. Zdravstvena nega na psihiatričnem področju pomeni:

- pomoč pri zagotavljanju zadovoljevanja telesnih potreb;
- zdravstveno vzgojo in učenje pacientov in njegovih najbližjih;
- opravljanje psihoterapevtskega dela ter
- organiziranje in vodenje delavcev, ki pacientom zagotavljajo oskrbo (37).

Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja je dinamičen proces analiziranja in prilagajanja pacientovim potrebam in okoliščinam, pri katerem medicinska

sestra ocenjuje, diagnosticira, načrtuje, osvetljuje, analizira ter se prilagaja trenutnim pacientovim potrebam in okoliščinam (28). Pacienti se ne morejo prisiliti, da bi se počutili bolje, in se kljub zavedanju svojih strahov le-teh ne morejo znebiti (38), zato je pogoj za vzpostavitev pozitivnega odnosa uspešno terapevtsko komuniciranje (39). Glavni cilj psihiatrične zdravstvene nege je, da medicinska sestra prek izvrševanja različnih vlog sodeluje s pacientom v rasti in razvoju njegove osebnosti ter zadovoljuje njegove potrebe (28).

#### **2.4.1 Pomen zdravstvene nege pri obravnavi pacienta z anksiozno motnjo**

Anksioznost definiramo kot negotov in nelagoden občutek, katerega vzrok je pogosto specifičen ali neznan. Lahko ga sproži občutek ogroženosti, podzavesten konflikt, nepokrite potrebe, medosebni odnosi ali negotovost. Pacient se počuti zaskrbljenega, poroča o neprijetnih občutkih in skrbah zaradi možnih sprememb v življenju (18). Problem nastane, kadar je ta občutek nevzdržen in kadar začne ovirati posameznikovo vedenje ter povzročati fizične simptome (3, 4, 5, 21). Rahla anksioznost označuje zvišano vznburjenje zaradi pričakovanih nejasnih groženj. Pri srednje močni anksioznosti govorimo o vznburjenosti z usmerjeno pozornostjo zaradi pričakovane nevarnosti in močni paniki, ki zajema vznburjenost s pričakovano ogroženostjo. Anksioznost povezana s smrtjo pa izraža zaskrbljenost glede smrti in umiranja (18). Posameznik oceni simptome za hude, nevarne in nevzdržne. Ker temu sledi izogibanje, se strah poveča (5, 10).

Kadar je pacient napet, postane dihanje hitro in plitvo. Za zmanjšanje ravni ogljikovega dioksida si lahko pomaga s preprostimi dihalnimi tehnikami in ustreznim dihanjem, ki je počasnejše, bolj sproščeno ter nekoliko globlje (40).

Pomembne vloge pri prepoznavanju pacienta z anksiozno motnjo imajo verbalna in neverbalna komunikacija (28, 41, 42), strokovna komunikacija (38) ter empatija (42), ki je veliko več kot le sočutje, pri katerem smo čustveno prizadeti (19). Vse to medicinski sestri omogoča vzpostavitev tvornega odnosa. Medicinska sestra je pri razgovoru pozorna na svoj in pacientov način komuniciranja in daje občutek, da ima za pogovor čas (42).

Pacientu pri paničnem napadu pomaga dihanje v papirnato vrečko, ki zmanjša izplavljanje ogljikovega dioksida iz krvi in posledično prekine pozitivno povratno zvezo med anksioznostjo in hiperventilacijo. V oporo mu je tudi medicinska sestra z mirnim, vendar odločnim pristopom ter posredovanjem jasnih in kratkih informacij, ki se nanašajo na naravo in potek paničnega napada. V primeru, da pacient ne pozna svoje bolezni, medicinski sestra s preusmeritvijo pozornosti uspe, da napad mine hitreje in je manj intenziven. V primeru, da omenjeni ukrepi niso uspešni, medicinska sestra po predhodnem predpisu zdravnika aplicira anksiolitična zdravila. Pri kroničnih napadih deluje zdravstveno vzgojno. Pacienta nauči tehnik zmanjševanja anksioznosti z npr. mišično relaksacijo in preusmerjanja pozornosti. Z uporabo posameznih tehnik kognitivno-vedenjske terapije pomaga pretirane skrbi uskladiti z realnostjo (42).

Medicinska sestra pacienta spodbuja k opravljanju življenjskih aktivnosti in s tem doseže njegovo samostojnost. S poudarjanjem zdravega in plodnega življenja želi dvigniti pacientovo duševno zdravje. Poučuje ga in spodbuja ter mu razloži naravo bolezni. Pacientu svetuje, naj se o težavah pogovori s svojci ter svoje skrbi, občutke in razmišljanja o bolezni zaupa zdravniku. Spodbuja ga, naj vpraša, kar ga zanima, mu svetuje jemanje zdravil natančno po predpisanih navodilih ter ga povabi, da spremlja uspeh zdravljenja. Pouči ga, da naj z zdravljenjem ne odlašaja, da naj z njim začne čim prej ter da naj se pri vsakem uspehu pohvali. Medicinska sestra ima pri prepoznavanju anksioznih pacientov pomembno vlogo ter veliko možnosti sodelovanja pri obravnavi, ko je motnja že prepoznana. Za učinkovito sodelovanje v terapevtskem timu potrebuje poleg razpoložljivega časa ustrezne izkušnje in izobrazbo (42).

#### **2.4.2 Pomen kakovostne timske obravnave**

Pomembni elementi kakovostne timske obravnave so veljavni standardi, ki izpolnjujejo kriterije za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege, diagnostično-terapevtskih posegov in negovalnih intervencij glede na pacientove probleme (34). V zgodovini je standarde kontrole okužb prva uvedla Florence Nightingale. Z njimi ji je uspelo zmanjšati umrljivost ranjencev z 42 % na 2 %. V *Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti* je Ministrstvo za zdravje RS s kriteriji definiralo pojem enakosti, učinkovitosti, pravočasnosti, varnosti in

uspešnosti. Iz strokovnega učnega gradiva (23) povzamemo:

- Potrebno je zagotoviti tako obravnavo pacienta, da bo čim prej neodvisen pri opravljanju življenjskih dejavnosti.
- Viri, ki so potrebni za delo, morajo biti racionalno in učinkovito razporejeni.
- Morebitna poslabšanja pacientovega stanja, obolenja in bolniške poškodbe je treba zmanjšati.
- Potrebno je zagotoviti povezano delovanje članov multidisciplinarne, zdravstvene in negovalne skupine, stike s svojci in zadovoljstvo pacienta z zdravstveno nego.
- Stremeti je treba k doseganju najvišje možne stopnje zdravja.

Kakovost se nanaša na izobraževanje in sodelovanje strokovnih skupin, vodstvo ter odnose med pacienti in izvajalci zdravstvene nege. Cilji so usmerjeni v dobrobit pacienta. Stroka zdravstvene nege mora imeti sistem celovite kakovosti, ki vsebuje:

- dobro razvit strokovni nadzor, ki preprečuje nestrokovno izvajanje storitev z izdelanimi strokovnimi standardi;
- računalniško podprto in v praksi uporabno negovalno dokumentacijo;
- verificirane negovalne diagnoze;
- izdelano kategorizacijo ter
- dobro kulturo obnašanja in komuniciranja v odnosu s sodelavci in pacienti (23).

Poleg pacientove avtonomije se moramo zavedati strokovne pomoči, ki je za stiske, čustva in potrebe pacienta potrebna v zdravstveni oskrbi. Na kakovost vplivajo tudi delovni pogoji in delovno okolje (23). Načela kakovosti so osredotočanje na pacienta, enakost, učinkovitost, pravočasnost, varnost in uspešnost (43).

V Sloveniji je za zagotavljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu uveljavljen model poslovne odličnosti z uporabo systemskega vodenja kakovosti ISO (ang. International Organization of Standardization). Ker je strošek pri odpravljanju slabe kakovosti precej višji kot pri njenem preprečevanju, mora biti izbira strategija v rokah vodstva. Za izboljšanje varnosti in kakovosti ter uvedbo sprememb so pomembni kultura bolnišnice in njene vrednote, ki določajo strokovnost upravljanja celovite varnosti in kakovosti (23).

Razširjeni obliki izvajanja kompleksnih nalog pravimo tim, katerega namen je združitev znanj z različnih strokovnih področij. S tem omogočimo celovito in kompleksno reševanje določenega problema in možnost boljše rešitve (44). Rozman v Kobolt (44) navaja, da je tim skupina, kjer člani sodelujejo in delujejo usmerjeno za dosežek določenega cilja. Z združenimi spretnostmi, sredstvi in znanjem dosežejo zastavljeni cilj, sprejemajo soodvisnost in se zavedajo uspeha ob vzajemni podpori. Zaradi zavezanosti ciljem pozabijo na osebne koristi. Z ustvarjanjem zaupnosti, izražanjem čustev, stališč in misli se trudijo razumeti poglede ostalih članov, dajejo podporo, morebitne konflikte pa vidijo kot možnost razvoja novih idej (44). Poredoš (45) navaja, da mora biti timski pristop stalnica delovanja, ki se začne s prihodom pacienta v zdravstveno ustanovo in ga spremlja skozi celotno obravnavo. Postopki, ki jih načrtuje in izvaja zdravnik, se nadgradijo s postopki zdravstvene nege in kakovostno komunikacijo, zato je zelo pomembno sodelovanje medicinske sestre in zdravnika, ki nastopita kot partnerja in v svojih vlogah dopolnjujeta.

Poleg medicinske sestre imajo pomembno vlogo tudi terapevti in socialni delavci, ki predstavljajo osnovno točko povezave med zdravstvenimi službami in ki pomagajo medicinskim sestram učinkoviteje načrtovati informacijski del zdravstvene nege. Redni timski sestanki s kliničnim zdravstvenim psihologom so obvezni sestavni del ZN na psihološkem področju, kjer se pregleduje nastajajoča problematika. Klinični zdravstveni psiholog se zavzema za posameznika v njegovi trenutni življenjski situaciji in zagovarja timski pristop, pri čemer poudarja vlogo zdravnika kot najpomembnejšega agensa pacientovega zdravljenja. Pacienta vidi v aktivni, odgovorni vlogi do lastnega zdravja in bolezni, pri katerem mu pomagajo tudi drugi strokovnjaki v timu. Klinični zdravstveni psiholog je pogosto v vlogi nadzornika (v skupinah za zdravnike in medicinske sestre), kjer ima pomembno mesto pri delu z zdravstvenim osebjem ne le v izobraževalnem smislu, pač pa predvsem v smislu ozaveščanja in preventive pred procesi izgorevanja v zdravstvu (17).

### **2.4.3 Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z anksiozno motnjo**

Medicinska sestra je pri prevzemanju vlog samozavestna, fleksibilna, zavezana etičnim in pravnim normam; je tudi nosilka finančne odgovornosti. Hildegard Peplau je leta 1952 psihiatričnim medicinskim sestram pripisala velik pomen. V članku *Medosebne spretnosti*



– *jedro psihiatrične zdravstvene nege* je vlogo psihoterapevta in svetovalca opredelila kot osnovno nalogo medicinske sestre. Izpostavila je še nekatere druge vloge. Tako je po njenem tudi vir informacij, učiteljica, vodja, izvajalka zdravstvene nege, nadomestna oseba in zagovornica. Pacienta pri izražanju čustev opogumljajo njegove lastne tehnike, vendar pomembno vlogo igrajo tudi nekatere lastnosti in sposobnosti, ki naj bi jih imela medicinska sestra. To so: empatija, pozorno poslušanje, obvladovanje besedne in nebesedne komunikacije, sledenje in primerno odzivanje (28). Pajhnikar (46) navaja, da je medicinska sestra usposobljena za nadzor zdravstvenega stanja pacienta ter za izvajanje in načrtovanje zdravstvene nege, ki je aktivni miselni proces. Ta zahteva kakovost, spretnost in uporabo strokovnega znanja pri odločanju o postopkih in posegih (46). Ker ima s pacientom največ stikov, zagotavlja zdravstvenemu timu največ podatkov. Glavni prispevek emocionalne podpore v smislu vsakodnevne preventive z njene strani naj bi bil pacientom vedno dostopen. Medicinske sestre sprašujejo paciente po počutju in težavah, o katerih bi se želeli pogovoriti. Rezultat je neizoliranost pacientov s svojimi emocionalnimi reakcijami. Pacientom dajo vedeti, da so njihova čustva sprejeta kot pomembna in razumljena na pravi način. Dajejo jim emocionalno podporo in komunicirajo na način, ki daje občutek varnosti in sprejemanja (47). Njihova naloga je, da zagotovijo priložnosti za pristno doživljanje občutka, so razumevajoče in znajo prisluhniti. Medicinska sestra ob izključenosti pacientove telesne bolezni na podlagi glavobola, slabosti, zardevanja, plitvega in pospešenega dihanja, tresavice, mišične napetosti in potenja presodi, ali gre za anksioznost (28).

Oseba z anksiozno motnjo zaznava skrb za svojo osebnost, ki je ogrožena. Peplau je v Stuart (9) opredelila anksioznost v štirih stopnjah ter opisala njene učinke. Blaga anksioznost je povezana z napetostjo v vsakdanjem življenju, pri kateri se zaznavanje poveča, oseba postane bolj pozorna in vidi, sliši ter dojema bolj kot prej. Pri tej vrsti anksioznosti je motivacija usmerjena v rast in kreativnost. Zmerna anksioznost povzroča osredotočanje na neposredno zaskrbljenost in zajema zožanje zaznavnosti. Oseba vidi, sliši, dojema manj ter blokira izbrana področja, katerih se vseeno udeleži, če se ji tako svetuje. Za hudo anksioznost je značilno znatno zmanjšanje zaznavanja. Oseba se osredotoča na posebne podrobnosti, pri čemer ne more misliti na nič drugega. Celotno vedenje je usmerjeno v lajšanje strahu, pri katerem je potrebna pomoč za osredotočanje

tudi na ostala področja. Pri osebi s paniko pa gre za občutke groze, terorja in strahospoštovanja, zaradi katerih oseba ne more delovati. Gre za neorganiziranost osebnosti in je lahko smrtno nevarna. Pojavijo se simptomi izkrivljenih predstav, misli so manj racionalne, poveča se motorična aktivnost in zmanjša se sposobnost za povezovanje z drugimi. Ker panična oseba ne more komunicirati in učinkovito delovati, sama panika ne more trajati v nedogled, saj je z življenjem nezdržljiva. Podaljšana obdobja panike lahko povzročijo izčrpanost in smrt, vendar jo je mogoče varno in učinkovito zdraviti. Medicinske sestre morajo glede na pacientovo vedenje prepoznati, za katero stopnjo anksioznosti gre, od česar je odvisna nadaljnja obravnava pacienta. Te stopnje narekujejo ustrezne negovalne diagnoze in vrste intervencij, ki jih nato izvajajo medicinske sestre (9).

Pri pacientovem soočanju z boleznijo gre za poskus obvladovanja pritiskov, ki se pojavijo na vedenjskem, kognitivnem in emocionalnem nivoju. Učinkovito obvladovanje krize pogojuje pacientovo sodelovanje pri preiskavah in terapevtskih postopkih, njegovo aktivno vlogo, odgovornost za zdravje, menjavo škodljivih navad in spremembo življenjskega sloga. Poleg podpore zdravstvenega osebja igra pomembno vlogo za učinkovito spoprijemanje z nastalo življenjsko situacijo tudi podpora njegovih najbližjih. Če pacient ne dobi ali nima podpore družine, lahko pričakujemo več depresivnih stanj, slabše sodelovanje, manjšo učinkovitost medicinskih ukrepov, večji obseg napotitev k specialistom in navsezadnje višje stroške zdravljenja. Medicinska sestra pomaga kliničnemu zdravstvenemu psihologu pri vzpostavljanju socialne podpore, ki vključuje tudi delo s pacientovimi svojci (17).

Pri informiranju, učenju in vzgoji pacientov so znotraj timov potrebni standardizirani in dorečeni postopki, saj zmedenost in nekoherentnost informacij vplivata na pacientovo nezaupanje in negotovost. Če želimo delovati kot strokovno urejena institucija, se moramo na področju informiranja poenotiti in obveščati o novostih znotraj tima (47).

### **Pomen učenja**

Camic in Knight ter Taylor v Rakovec-Felser (19) navajajo, da spremembe pri učenju večkrat potekajo na nezavednem kot na zavednem polju, tako da za mnoge stvari ni dovolj želja po spremembi, ampak je potrebno tudi prepoznavanje. Pacienti se morajo naučiti

veliko novih in zanje neobičajnih spretnosti ter postopkov, med katerimi lahko nastopijo čustvene reakcije. Za to je v pomoč klinični zdravstveni psiholog, ki razjasnjuje situacije in svetuje. Zaradi narave dela so pogosto potrebni kratki in hitri psihodiagnostični postopki in psihoterapevtske intervencije. Za pogoste krizne intervencije so izdelani skupinski ali individualni kognitivno-vedenjski postopki, med katerimi je pogosta družinska terapija ali terapija parov (17). Pri učenju gre za usmerjen proces pridobivanja znanja, veščin in spretnosti v smislu sprejemanja, razumevanja, sodelovanja in vodenja lastne bolezni. Vsebine učenja psihiatričnega pacienta so obširne. Segajo na različna področja medicine in zdravstvene nege glede življenjskih aktivnosti in sodelovanja v diagnostično terapevtskem programu. Ker nam skrb za zdravje zanj ni dana sama po sebi, se je potrebno naučiti, saj moramo naše zdravje nenehno negovati in vrednotiti. Za to sta potrebna znanje in motivacija. Medicinska sestra je med pacienti dolžna vzpostaviti vzdušje učenja z dobro izbranimi metodami in oblikami dela (47).

### **Pomen zdravstvene vzgoje (ZV)**

Pri izvajanju zdravstveno-vzgojnega dela potrebuje medicinska sestra ustrezno znanje s področja zdravstvene nege in kliničnega področja (32). Hoyerjeva (47) navaja, da moramo pri tem ločiti pojem namerne in nenamerne vzgoje. Namerna vzgoja ima vnaprej določen cilj, poteka po določenem programu in je povezana s pacientovim zdravjem in boleznijo. Nenamerna ali spontana vzgoja pa vključuje vplive okolja, ki so velikokrat podzvestno osvojeni oziroma nenamerni. Vedenjski vzorci skupine, kateri posameznik pripada, so pri odločanju izredno pomembni. Po definiciji SZO je ZV kombinacija vzgojnih in izobraževalnih dejavnosti, s katerimi pri pacientu dosežemo, da naredi vse za varovanje zdravja in poišče pomoč takoj, ko jo potrebuje. Je kombinacija vzgoje in učenja, ki se ne ukvarja samo s posamezniki, pač pa tudi s skupinami, ki se učijo, da je potrebno zdravje krepiti, ohranjati in uveljavljati (47). Žalarjeva in sodelavci v Hoyer (47) opisujejo, da so bili izvajalci zdravstvene vzgoje v letih od 1997 do 1999 medicinske sestre od 67,6 % do 62,0 %, zdravstveni tehniki od 22,1 % do 16,4 %, zdravniki od 11,9 % do 7,4 %, ostali zdravstveni delavci od 2,5 % do 6,6 % in drugi izvajalci od 0,5 % do 1,1 %. 58,2 % vse zdravstvene vzgoje je bilo izvedene v zdravstvenih ustanovah, ostalo pa izven zdravstva, v vrtcih, šolah, krajevnih skupnostih in delovnih mestih. Cilj zdravstvene vzgoje je aktiven posameznik, ki pozna zdravje in dejavnike tveganja ter se želi borovati za svoje zdravje in

zdravje skupnosti (47). Payne in Walker v Hoyer (47) navajata, da je neupoštevanje zdravniških nasvetov pacientova nezmožnost, da bi se natančno spomnil, kaj mu je bilo rečeno. Avtorja poleg nesprejemanja dejstva s strani zdravstvenih strokovnjakov, da si pacient ne more vsega zapomniti, poročata o raziskavah, da si pacienti lahko zapomnijo od 30 % do 70 % za njih zelo pomembnih informacij, npr. na psihiatričnem pregledu. Z zdravstveno vzgojo želimo doseči spremembo vedenja, oblikovanje novih in spremembo obstoječih stališč in sprejetje vrednote zdravja za svojo, ki bo temelj motivacije za zdravo obnašanje. Pri tem je potrebno poudariti pomen usklajenega in poenotenega informiranja in učenja znotraj celotnega tima, kar prinese tudi večje zaupanje pacientov do celotnega tima in institucije kot take. Na temo usposobljenosti medicinskih sester za dobro komuniciranje in zdravstveno vzgojno delo je narejenih več diplomskih del in raziskav (47), ki kažejo, da je usposobljenost za to delo nekje med 50 % in 70 %. To pomeni, da je za odpravljanje pomanjkljivosti potrebno dodatno izobraževanje. Informiranje pacienta o bolezni in zdravljenju je naloga zdravnika. Po seznanjenosti z boleznijo ter s postopki in načinom zdravljenja se v informacijski krog vključijo tudi drugi člani zdravstvenega tima. V prvi vrsti so to medicinske sestre, ki pacienta natančneje poučijo in odgovarjajo vprašanja in dileme. Odgovorne in dolžne so podati vse informacije v zvezi z zdravstveno nego (npr. sprejem, režim v bolnišnici) oziroma vsem, da se pacient čim bolje znajde na začetku, kar se kasneje nadgrajuje (47).

### **Pomen empatije**

Medicinska sestra mora dobro obvladati verbalno in neverbalno komunikacijo, pri kateri igra pomembno vlogo empatija (39, 40, 41). Ta je veliko več kot sočutje, saj ne gre zgolj za emocionalen fenomen, pri katerem smo čustveno prizadeti (19). Craven in Hirnle v Skoberne (48) navajata, da poskuša medicinska sestra poleg pacientovih potreb prepoznati tudi duhovne potrebe, in poudarjata človeški odnos, toplino in empatijo. Z razvojem zavesti in vpogledom v duhovno dimenzijo bo medicinska sestra sposobna razumeti, raziskati in nuditi pacientu duhovno pomoč. V njunem odnosu so bistvene lastnosti zaupanje, samozavedanje in širina razumevanja duhovnosti. Nudenje pomoči pacientu tako ni odgovornost posamezne medicinske sestre, temveč je vanjo vključen celotni zdravstveni tim, kar zagotavlja doslednost in kontinuiteto v zdravstveni negi (48). Martin Hoffman v Goleman (49) trdi, da ima tudi moralnost svojo zasnovo v empatiji; vživljamo se v osebe,

ki trpijo zaradi bolečin, nevarnosti ali pomanjkanja, pri čemer začitimo potrebo, da bi jim pomagali.

### **Pomen komunikacije**

Delo je povezano s stalno komunikacijo s pacientom, ki medicinski sestri predstavlja terapevtsko sredstvo za pomoč. Poleg znanja o medosebnih odnosih, komunikaciji in poznavanju same sebe mora medicinska sestra znati prilagoditi komunikacijo v kontekstu etičnih načel na konkretnem cilju (20). Po ugotovljeni začetni ravni anksioznosti lahko pri nekaterih pacientih z dajanjem informacij dosežemo napačen učinek. Pomemben dejavnik informacijske zdravstvene nege je posvetovanje s kliničnim zdravstvenim psihologom, kjer lahko govorimo o profesionalizaciji, ki naj sledi pred terapijami in medicinskimi procedurami ter po menjavi sestrške izmene (17). Hoyerjeva (47) navaja, da mora biti pogovor med medicinsko sestro in pacientom dialog in ne monolog, za katerega potrebujemo čas. Za učinkovitost moramo odstraniti moteče dejavnike in upoštevati pacientove želje komuniciranja, saj zdravstvene vzgoje ni brez dobre oziroma pacientu prilagojene komunikacije. Ob sprejemu se z njim sreča prva in ob odpustu zadnja medicinska sestra, ko skuša dati še zadnja navodila in nasvete (47). Kadar je pacient nehote potisnjen v vlogo razosebljenega subjekta, to pomeni obliko pomanjkljive komunikacije. Pogovarjanje zdravstvenih delavcev v strokovnem jeziku, ki ga ne razume, lahko v njegovi prisotnosti vzbudi občutka nemoči in tesnobe. Zaradi bolnišničnih procedur in medicinskih postopkov so pacientove čustvene potrebe pogosto prezrte. Psihosocialna obremenjenost hospitaliziranega pacienta je v veliki meri odvisna od osebnosti, individualnih značilnosti in izkušenj (17, 20, 47). Z uveljavljanjem sodobnih metod dela in razvojem stroke, ki paciente aktivno vključuje v spremljanje zdravljenja, postaja komunikacija vse bolj aktualna (20). Peplau (41) poudarja pomembnost besedne in nebesedne komunikacije ter trdi, da je medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom jedro zdravstvene nege. Orlando v Gorše Muhič (41) navaja, da je zdravstvena nega pomoč in podpora pacientu pri zadovoljevanju potreb v procesu pogovora in svetovanja. Preko pacientovega besednega in nebesednega izražanja medicinska sestra spoznava in odkriva nove potrebe, ki jih skupaj s pacientom potrdi. King v Gorše Muhič (41) označuje zdravstveno nego kot proces medosebnih odnosov obojestranskega sprejemanja in zaznavanja med medicinsko sestro in pacientom, ki pomenijo osnovo tako za notranjo kot medosebno komunikacijo.

#### **2.4.4 Pomen terapevtske komunikacije (TK)**

Zavedanje, da je TK spretnost, ki se je skupaj s terapevtskim odnosom potrebno zavestno učiti in naučiti, je medicinski sestri osnova za kvalitetno psihiatrično zdravstveno nego (41, 50).

Uspešno terapevtsko komuniciranje medicinske sestre s pacientom je pogoj za vzpostavitev pozitivnega odnosa, v katerem se pacient počuti sprejetega kot človek in osebnost, spoštovanega in varnega ter zaupa medicinski sestri in negovalnemu, zdravstvenemu in interdisciplinarnemu timu (41). Osnovo za terapevtsko komunikacijo in razvijanje dobrih medosebnih odnosov mora zagotoviti izbrana teorija v zdravstveni negi, pri čemer je pomembno razumevanje človeka in njegovega vedenja. Poleg terapevtskega odnosa je zadovoljevanje pacientovih potreb s pomočjo terapevtske komunikacije ena od najpomembnejših nalog medicinske sestre, oboje pa je osnova za kakovostno psihiatrično zdravstveno nego (34, 41).

Gorše Muhič in Stuart (41, 30, 51) navajajo, da je TK nosilka terapevtskega odnosa zaradi izmenjave misli in občutkov; je orodje, s katerim medicinska sestra vpliva na pacientovo vedenje; in je sredstvo, brez katerega terapevtskega odnosa ni možno vzpostaviti (41, 51). TK je namenjena izključno zadovoljevanju pacientovih potreb in je vedno usmerjena k cilju. Učinkovita terapevtska komunikacija temelji na sposobnosti vživetja v pacienta, brezpogojnem spoštovanju in prisotnosti (41). Pri komunikaciji mora medicinska sestra upoštevati vrednote zdravstvene nege, kot so etična načela, človekove pravice, osebnost, enakost, pravičnost, avtonomija, sodelovanje in dostojanstvo. Cilj prvega srečanja medicinske sestre s pacientom je vzpostavitev odnosa ter ustvarjanje neogrožujočega in varnega okolja. Identifikacija potreb in razjasnitev pričakovanih ciljev pomaga pri vzdrževanju usmerjene komunikacije. Značilnosti terapevtske komunikacije so zaupanje, sprejemanje, empatija, spoštovanje, samorazkrivanje in zaupnost; tehnike, ki so pri tem v uporabi, pa so poslušanje, uvodni stavki, postavljanje vprašanj, besedna vodila, tišina, ponavljanje in odsevanje, osvetlitev in potrditev (20).

Terapevtski odnos temelji na spoštovanju in sprejemanju s ciljem doseči pacientovo

optimalno rast (51). Medicinska sestra mu prek tega odnosa omogoča izražanje misli in občutkov, ki pojasnjujejo območje konfliktov in anksioznosti, ter spodbuja socializacijo in družinsko povezanost. Skupaj s pacientom odpravi težave v komunikaciji in spremeni vzorce obnašanja. Rogers v Stuart (51) navaja, da odnos omogoča rast, medtem ko Sundeen in sodelavci v Stuart (51) navajajo njegovo zapletenost, ki v okviru psihoterapije pozitivno vpliva na izid bolezni. Učinkovitost medicinske sestre je odvisna od odnosa, komunikacije, spodbujevalnih ukrepov, terapevtskih blokad in izida zdravljenja, pri katerem je ključno terapevtsko orodje ona sama, prvi korak pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege pa je seveda njena samoanaliza (51).

Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja je vedno povezana s terapevtskim odnosom. Raziskava (39), v kateri je sodelovalo šest diplomiranih medicinskih sester s psihiatričnega področja z 2- do 10-letnimi izkušnjami na področju terapevtskega odnosa, je prikazala podatke o učenju oblikovanja terapevtskega odnosa in za to potrebnem znanju ter tudi, da ima odnos res terapevtske učinke in da je stopnja pozitivne spremembe težko izmerljiva. Proces razvoja je kombinacija izkušenj priučenih skozi pridobivanje medosebnih spretnosti, ki so v primeru nezadostnih življenjskih izkušenj z vidika intuitivnega cenjenja terapevtskega vidika odnosa nepomembne. Weibe v Scanlon (39) ugotavlja, da pregled teoretične in empirične literature kaže na zapostavljenost elementov terapevtskega odnosa v smislu interaktivnih, subjektivnih in dinamičnih gradnikov. Pozitiven terapevtski odnos je namreč ključna predispozicija za uspešen terapevtski izid, zato je bil namen študije zagotoviti empirične dokaze, ki podpirajo tezo, da psihiatrične medicinske sestre popolnoma razumejo gradnike terapevtskega odnosa. Teoretiki Peplau (1952), Travelbee (1966), Barker (1998) in Chambers (1998) potrjujejo dejstvo, da je terapevtski odnos temelj psihiatrične zdravstvene nege, njegovo razumevanje pa je poglavitno za opravljanje vlog znotraj njega (39). Podatkovni bazi Medline in Cinahl vsebujeta zelo malo empiričnih študij na to temo in večina literature obravnava terapevtski odnos kot najbolj izmuzljivi del prizadevanja psihiatričnih medicinskih sester. Weibe v Scanlon (39) preučuje paciente in terapevte izkušnje odnosa z namenom povezati njuno subjektivno doživetje. Udeleženci raziskave trdijo, da so psihiatrične medicinske sestre zavezane kodeksu etike, poklicni dolžnosti in osebnim načelom. Strokovni vidik, ki se nanaša na spremembo pristopa, naredi odnos bolj

profesionalen in terapevtski in se razlikuje od ostalih. Pojem odgovornosti medicinske sestre znotraj multidisciplinarnega tima znatno vpliva na njegov razvoj. V naravi psihiatrične zdravstvene nege prevladuje želja po pomoči in negi sočloveka. Medicinske sestre se terapevtskega odnosa na področju duševnega naučijo preko izkustvenega učenja, ki temelji na opazovanju izkušenih sester. Izkustveno učenje je enako pomembno kot uradno šolanje. Omeniti je potrebno tudi ter intuitivno učenje, ki je odvisno od pridobljenih izkušenj. Seveda imajo pomembno vlogo še medosebne spretnosti, ki temeljijo na učenju o samem sebi. Pacientovo zaupanje, ki zajema občutek varnosti in razumevanje njegovih stališč do jemanja, dosežemo z obravnavo, ki temelji na spoštovanju in dostojanstvu. Gournay v Scanlon (39) omenja vlogo terapevtskega odnosa kot ključni del psihiatrične zdravstvene nege. Rezultati raziskave kažejo na to, da je proces razvoja terapevtskega odnosa sestavljen iz izkušenj pridobljenih med učenjem medosebnih veščin. Te so neuporabne, če posameznik ne pridobi zadostnih življenjskih izkušenj, da bi intuitivno cenil terapevtski vidik. Gradniki terapevtskega odnosa so brez dvoma zapleteni in odvisni drug od drugega v smislu, da vsak vpliva na delovanje drugega. Jasno je, da so veščine, odnos in znanje povezani s procesom socializiranja in eksperimentalnega učenja, kar pomembno vpliva na sestavo načrta zdravstvene nege in na oceno klinične usposobljenosti (39).



### **3 METODE DELA**

V raziskovalnem delu diplomske naloge smo ugotavljali, kakšna so stališča medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov pri obravnavi pacienta z anksiozno motnjo na področju psihiatrije. Zdravstveni delavci moramo znati poučiti ljudi o dejavnikih tveganja za nastanek anksioznih motenj. V času zdravljenja moramo holistično obravnavati tovrstne paciente in njihove svojce, saj bomo le tako dosegli kakovosten izid zdravstvene nege. Pri slednji ima pomembno vlogo tudi timska obravnava.

#### **3.1 Namen, cilj in hipoteze**

S pregledom literature nismo ugotovili, da bi bile anksiozne motnje pogosto opisane z vidika zdravstvene nege in njenega pomena. Namen diplomske naloge je zato predstaviti anksiozno motnjo kot zdravstveno stanje z značilnimi spremembami telesnih in duševnih funkcij ter ugotoviti, ali obstaja povezava med obravnavo pacienta z anksiozno motnjo ter vlogo medicinske sestre in zdravstveno nego. Cilj diplomskega dela je opisati anksiozne motnje in njene oblike, opisati obravnavo s pomočjo kognitivno-vedenjske terapije ter opredeliti zdravstveno nego in vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacientov z anksioznimi motnjami.

#### **V raziskavi smo preverjali naslednje hipoteze:**

Hipoteza 1: Pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo ima zdravstvena nega pomemben vpliv.

Hipoteza 2: Timska obravnava pacientov z anksiozno motnjo pozitivno vpliva na izide in kakovost obravnave.

Hipoteza 3: Kognitivno-vedenjska terapija in zdravstvena nega sta pri celostni obravnavi pacientov z anksiozno motnjo povezani.

Z raziskavo želimo ugotoviti, ali imajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki pri obravnavi pacientov z anksioznimi motnjami dovolj znanja in izkušenj.

### **3.2 Vzorec**

Izbrani proučevani vzorec so predstavljale diplomirane medicinske sestre iz dveh psihiatričnih bolnišnic. Skupno smo razdelili 32 anonimnih vprašalnikov.

V *Psihiatrično bolnišnico Begunje* je bilo razdeljenih 17 anonimnih vprašalnikov, v *Psihiatrično bolnišnico Idrija* pa 15.

Vzorec za analizo podatkov tako predstavlja skupno 30 (93,7 %) zaposlenih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov iz dveh psihiatričnih bolnišnic, ki so izpolnili anketni vprašalnik.

### **3.3 Uporabljeni pripomočki**

Pri raziskovanju smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer metodo anketiranja s pomočjo anonimnega vprašalnika, ki je obsegal vprašanja zaprtega tipa. Vseboval je sedemnajst vprašanj ter vprašanja o spolu in starosti anketirancev. Navodila so bila podana na anketirancem razumljiv način. Zbrane kvantitativne podatke smo analizirali s pomočjo programa *Microsoft Excel* verzija 2007. Analiza podatkov je bila opravljena z deskriptivno metodo. Rezultati raziskave so prikazani v obliki preglednic in s pomočjo slik.

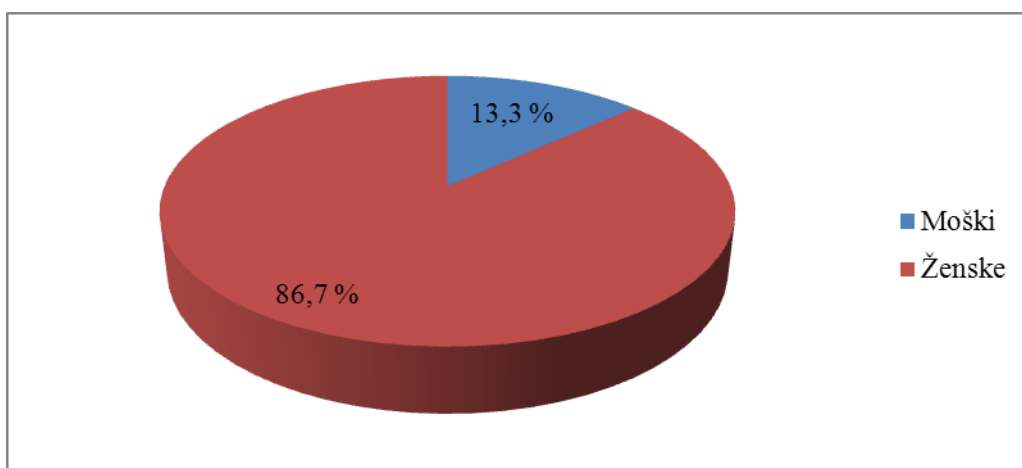
### **3.4 Potek raziskave**

Raziskava je potekala v *Psihiatrični bolnišnici Begunje* v mesecu oktobru in v *Psihiatrični bolnišnici Idrija* v mesecu novembru leta 2012. Pred začetkom raziskave smo za dovoljenje zaprosili glavni medicinski sestre omenjenih bolnišnic, ki sta podali svoja soglasja. Anketiranje je bilo anonimno in prostovoljno, zbrani podatki so bili uporabljeni samo v namen te raziskave.

## 4 REZULTATI

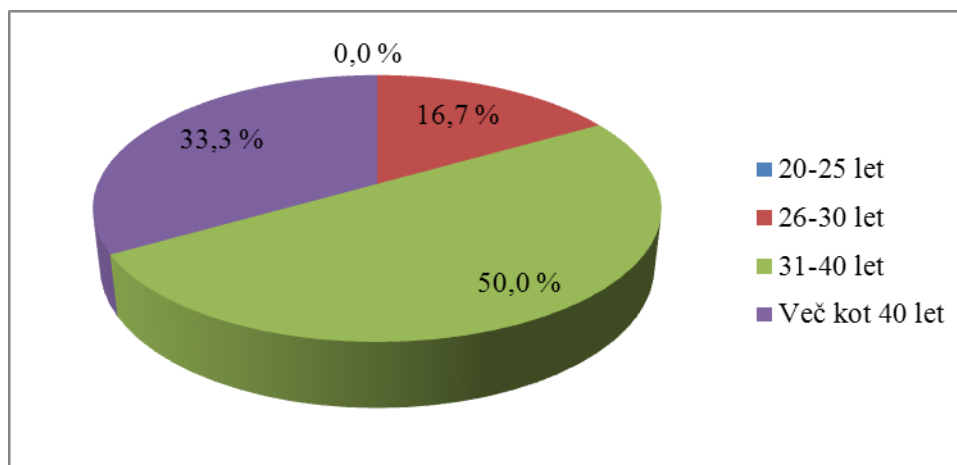
V raziskavi je sodelovalo 30 od skupno 32 (93,7 %) diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. V *Psihiatrično bolnišnico Begunje* je bilo razdeljenih 17 anonimnih vprašalnikov, vrnjenih pa 16 izpolnjenih, kar predstavlja 94,1 % odzivnost. V *Psihiatrično bolnišnico Idrija* smo razdelili 15 anonimnih vprašalnikov. Prejeli smo 14 izpolnjenih, kar predstavlja 93,3 % odzivnost. Analiza podatkov je torej narejena za vzorec 30 anketirancev.

Spol so opredelili vsi (100 %) anketiranci. V vzorcu so bili 4 (13,3 %) moški in 26 (86,7 %) žensk (Slika 1).



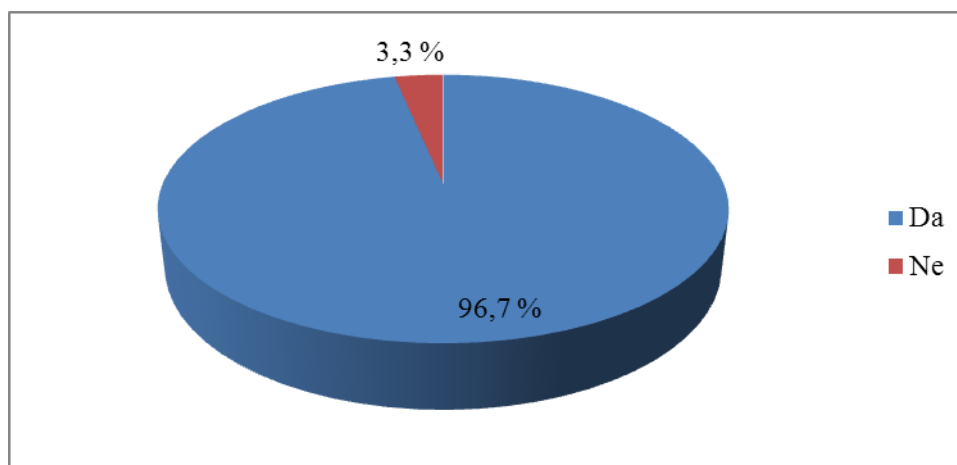
Slika 1: Struktura vzorca glede na spol

Anketirance smo razdelili v 4 starostne skupine. V starostni skupini od 20 do 25 let ni bilo nobenega anketiranca, 5 anketirancev (16,7 %) je bilo v skupini od 26 do 30 let. Največ, 15 (50 %) anketirancev je bilo v starostni skupini od 31 do 40 let, starih več kot 40 let je bilo 10 (33,3 %) anketirancev (Slika 2).



**Slika 2: Struktura vzorca glede na starost**

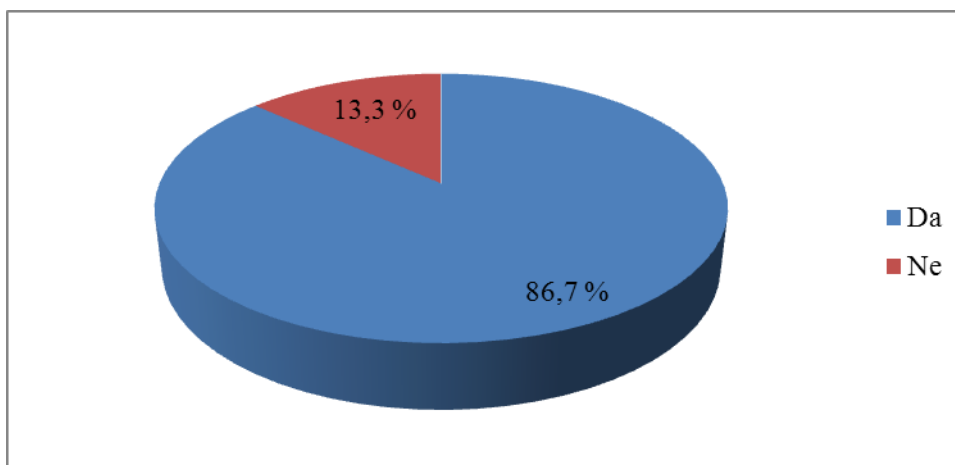
V nadaljevanju smo anketirance spraševali, ali se strinjajo s trditvijo, da je učenje pacienta dolžnost medicinske sestre (Slika 3).



**Slika 3: Učenje pacienta je dolžnost medicinske sestre**

Na vprašanje je odgovorilo vseh 30 (100 %) anketirancev, 29 (96,7 %) anketirancev je odgovorilo pritrdilno, torej da je učenje pacienta dolžnost medicinske sestre, 1 (3,3 %) anketiranec pa se s tem ni strinjal.

Anketirance smo vprašali, če se strinjajo s trditvijo, da je sestavni del zdravstvene oskrbe skrb za osebnostno rast in psihofizično zdravje osebja zdravstvene nege (Slika 4).

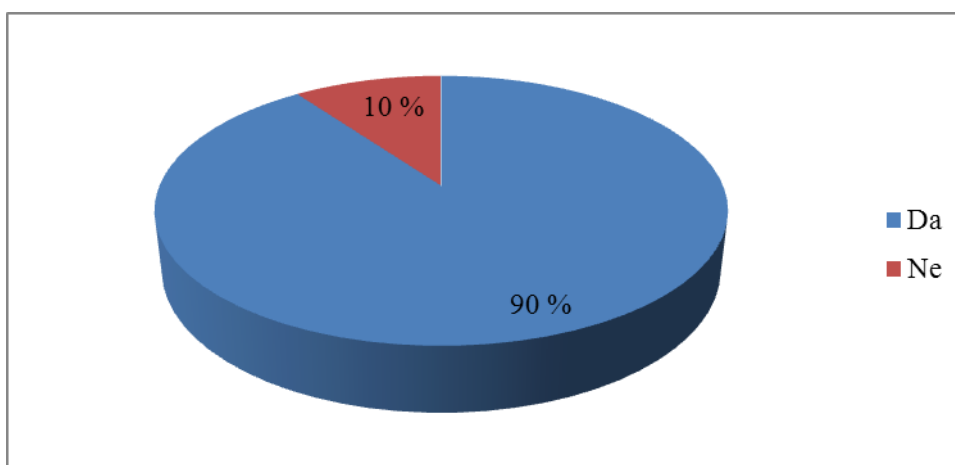


**Slika 4: Skrb za osebno rast in psihofizično stanje**

Pritrdilno je odgovorilo 26 (86,7 %) anketirancev, 4 (13,3 %) se s tem niso strinjali.

V nadaljevanju smo anketirance spraševali o stališčih glede posameznih trditev. Ugotavljali smo ali menijo, da ima aktivno sodelovanje pacienta pri obravnavi anksioznih motenj pomemben vpliv. Z navedeno trditvijo se je strinjalo vseh 30 (100 %) anketirancev. Zanimalo nas je tudi, ali se strinjajo s trditvijo, da se boljše sodelovanje pacienta v procesu zdravljenja doseže z zdravstveno vzgojo in informiranjem. Pritrdilno je odgovorilo vseh 30 (100 %) anketirancev.

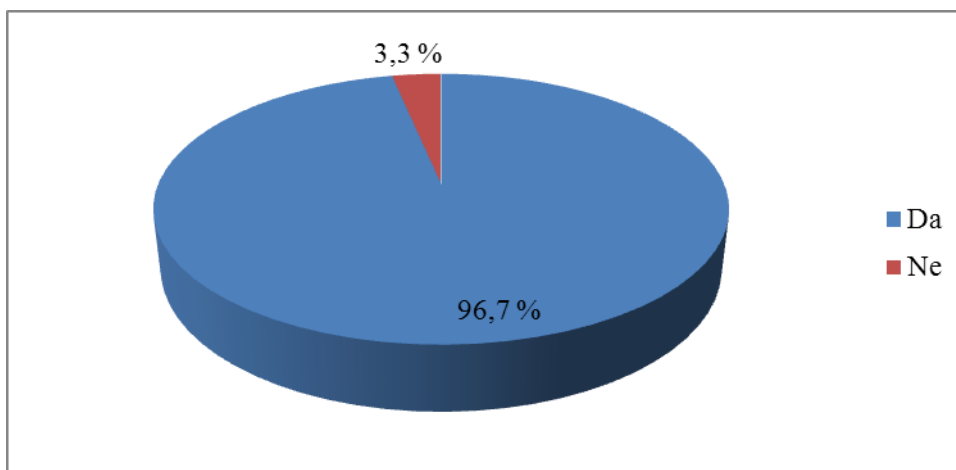
Anketirance smo v nadaljevanju spraševali, ali se strinjajo, da medicinske sestre v svoje delo pri obravnavi pacientov vključujejo empatijo (Slika 5).



**Slika 5: Vključevanje empatije v delo medicinske sestre**

27 (90 %) anketirancev se strinja s trditvijo, da medicinska v svoje delo pri obravnavi anksioznih pacientov vključuje empatijo, 3 (10%) anketiranci se s trditvijo ne strinjajo.

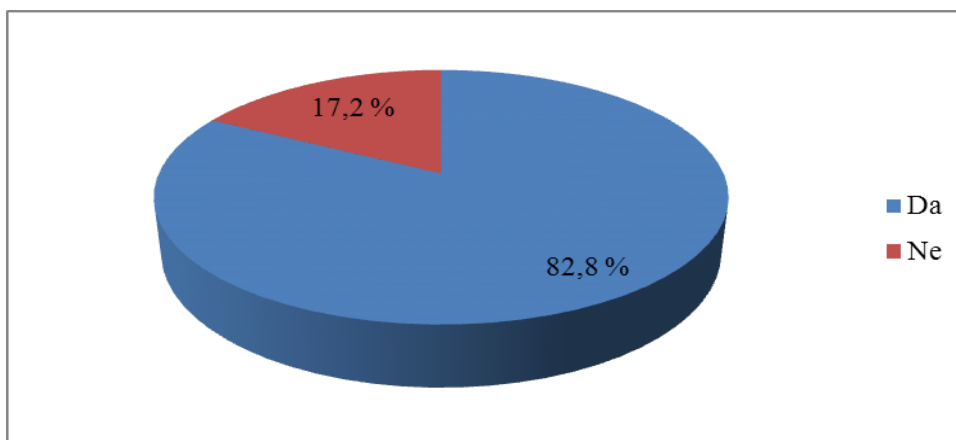
Preverili smo tudi poznavanje anksioznih motenj. Postavili smo trditev, da so panična motnja, fobične motnje, obsesivno-kompulzivna motnja in generalizirana anksiozna motnja vrste anksioznih motenj (Slika 6).



Slika 6: Vrste anksioznih motenj

S trditvijo se je strinjalo 29 (96,7 %) anketirancev, 1 (3,3 %) pa se s trditvijo ni strinjal.

Zanimalo nas je tudi, ali se strinjajo s trditvijo, da je ena od značilnosti anksioznih motenj doživljanje strahu (Slika 7).



Slika 5: Značilnosti anksioznih motenj

Na vprašanje je odgovorilo 29 anketirancev, od tega se jih je s strditvijo strinjalo 24 (82,8 %), 5 vprašanih (17,2 %) pa se s trditvijo ni strinjalo.

Pri anketirancih smo ugotavljali stališča, ali poznajo pomen kakovostne timske obravnave. Sklop trditev, pogostost in delež odgovorov so predstavljeni v Preglednici 1.

**Preglednica 1: Pomen timske obravnave pacientov z anksiozno motnjo**

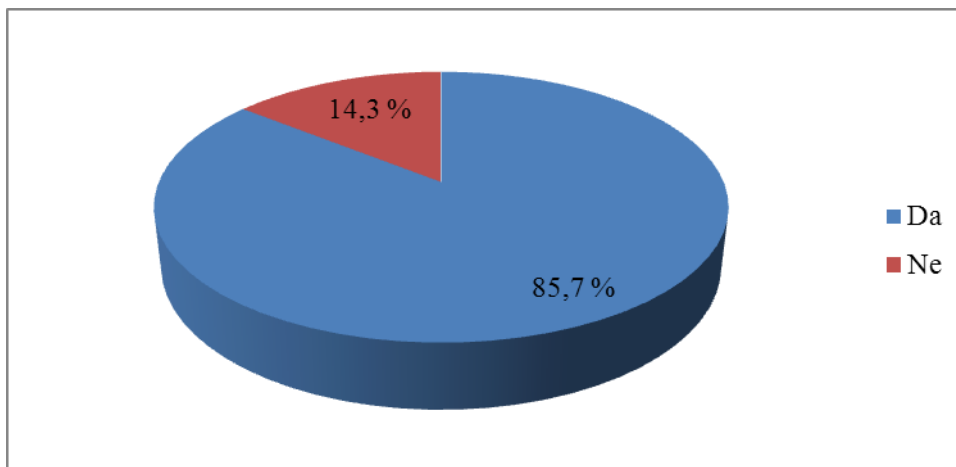
<b>Timska obravnava pacientov z anksiozno motnjo pozitivno vpliva na izide in kakovost obravnave</b>	<b>Število odgovorov DA</b>	<b>Število odgovorov NE</b>
Pogovarjanje zdravstvenih delavcev v strokovnem jeziku lahko pri pacientu zbudi občutek tesnobe in nemoči.	<b>27 (90 %)</b>	<b>3 (10 %)</b>
Timska obravnava vpliva na kakovost obravnave pacientov z anksiozno motnjo.	<b>30 (100 %)</b>	<b>/</b>
Počutim se kot član/članica zdravstvenega tima, ki deluje usmerjeno za dosežek zastavljenega cilja.	<b>29 (96,7 %)</b>	<b>1 (3,3 %)</b>

Preverili smo, ali se anketiranci strinjajo s trditvijo, da lahko pogovarjanje zdravstvenih delavcev v strokovnem jeziku zbudi pri pacientu občutek tesnobe in nemoči. 27 (90 %) vprašanih se jih je s trditvijo strinjalo, 3 (10 %) pa se niso (Preglednica 1).

Anketirance smo spraševali, ali menijo, da na kakovost obravnave vpliva timska obravnava. Pritrdilno, torej da timska obravnava vpliva na kakovost obravnave pri pacientih z anksiozno motnjo, je odgovorilo vseh 30 (100 %) vprašanih (Preglednica 1).

Anketirance smo vprašali, ali se počutijo kot član/članica zdravstvenega tima, ki deluje usmerjeno za dosežek zastavljenega cilja. 29 (96,7 %) jih je odgovorilo pritrdilno, 1 oseba (3,3 %) je odgovorila, da se ne počuti kot del tima (Preglednica 1).

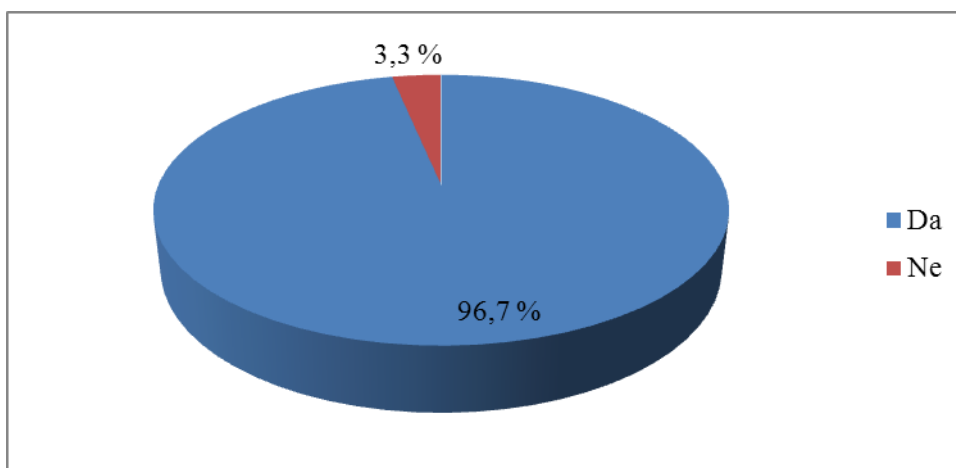
Anketirancem smo zastavili trditev, da je kognitivno-vedenjska terapija najbolj uporabljena oblika psihoterapije. (Slika 8).



**Slika 6: Uporabnost kognitivno-vedenjske terapije**

Na trditev se je odzvalo 28 od 30 anketirancev, od tega je pritrdilno odgovorilo 24 (85,7 %) vprašanih, 4 (14,3 %) pa se s trditvijo niso strinjali.

Anketirancem smo zastavili trditev, da lahko določene relaksacijske tehnike poleg kliničnih zdravstvenih psihologov izvajajo tudi ostali zdravstveni kadri (Slika 9).

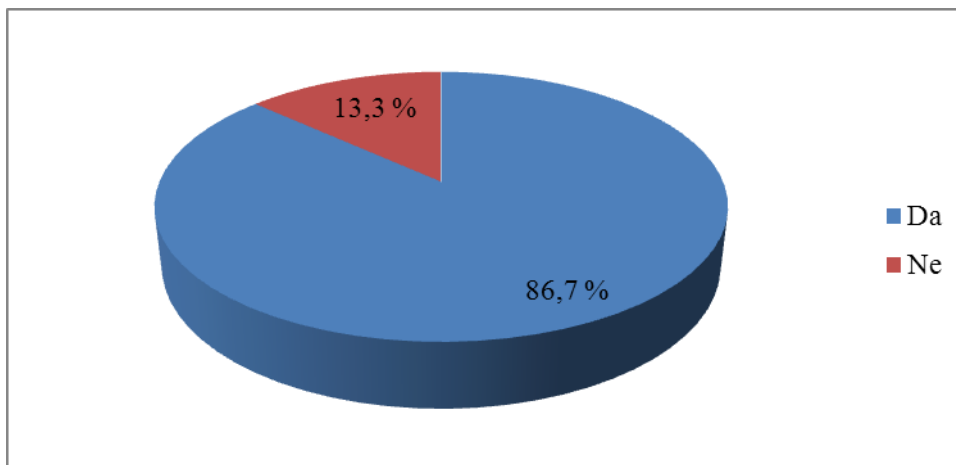


**Slika 7: Učenje izvajanja relaksacijskih tehnik**

29 (96,7 %) vprašanih se jih z navedeno trditvijo strinja, 1 (3,3 %) pa se ne strinja.



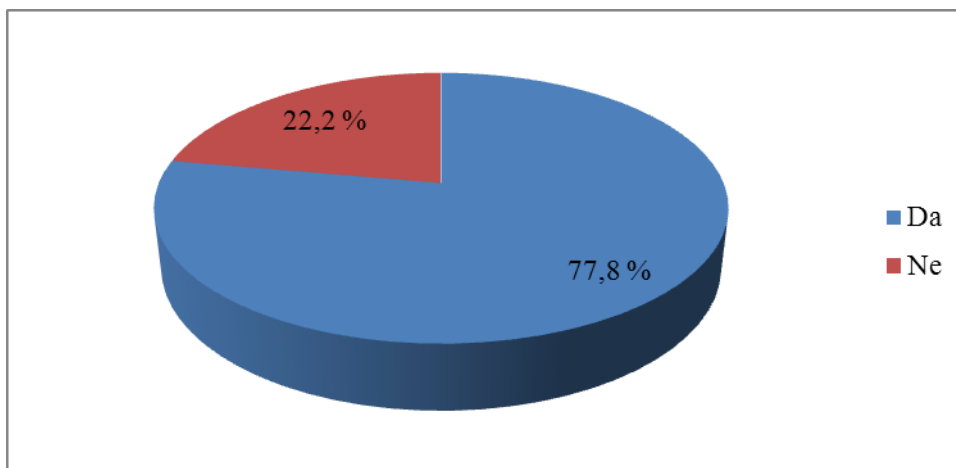
Anketirance smo spraševali, kako ocenjujejo, da za učinkovito spoprijemanje z bolezensko življenjsko situacijo pacient potrebuje podporo družine (Slika 10).



**Slika 8: Pomen podpore družine**

26 (86,7 %) vprašanih je odgovorilo pritrdilno, 4 (13,3 %) se s povedanim niso strinjali.

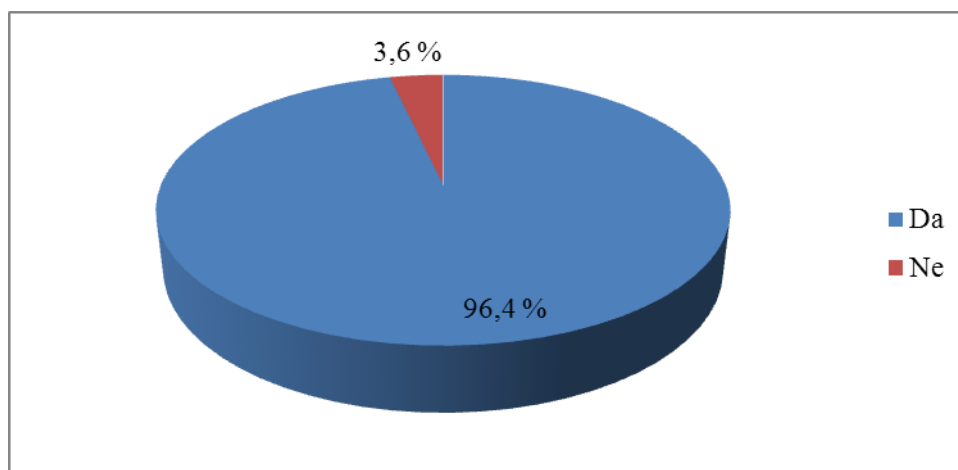
V nadaljevanju smo anketirance spraševali, ali menijo, da imajo psihoterapevti za izvajanje kognitivno-vedenjske terapije dobre pogoje dela (Slika 11).



**Slika 9: Pogoji dela**

Na vprašanje je odgovorilo 27 anketirancev, 21(77, 8 %) jih je bilo mnenja, da imajo psihoterapevti dobre pogoje dela, 6 (22,2 %) pa se jih s trditvijo ni strinjalo.

Anketirance smo spraševali, ali sta kognitivno-vedenjska terapija in zdravstvena nega pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo povezani (Slika 12).



**Slika 10: Povezanost zdravstvene nege in kognitivno-vedenjske terapije**

Na vprašanje je odgovorilo 28 anketirancev, od tega je 27 (96,4 %) vprašanih odgovorilo pritrdilno, 1 (3,6 %) anketiranec pa se strditvijo ni strinjal.

## 5 RAZPRAVA

V teoretičnem delu naloge smo opisali anksiozne motnje in obravnavo pacienta s pomočjo kognitivno-vedenjske terapije. Izvedena je bila kvantitativna raziskava z anketiranjem, s katero smo želeli ugotoviti pomen in vlogo zdravstvene nege pri obravnavi pacientov z anksioznimi motnjami. Izbrani proučevani vzorec je obsegal 26 diplomiranih medicinskih sester in 4 diplomirane zdravstvenike iz dveh psihiatričnih bolnišnic. Na podlagi zastavljenih ciljev smo preverili naslednje hipoteze.

Hipotezo 1: Pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo ima zdravstvena nega pomemben vpliv lahko potrdimo, saj 26 od 30 anketirancev (86,7 %) ocenjuje, da je zdravstvena nega sestavni del psihološke zdravstvene oskrbe ter da sta skrb za osebno rast in psihofizično zdravje osebja pomembna. Vseh 30 anketirancev (100 %) ocenjuje, da je pri obravnavi anksioznih motenj pomembno aktivno sodelovanje pacienta, 29 (96,7%) vprašanih ocenjuje, da je učenje pacienta dolžnost medicinske sestre, prav tako pa vseh 30 (100%) sodelujočih meni, da informiranje in zdravstvena vzgoja pacienta vplivata na njegovo večje sodelovanje v procesu obravnave. 27 (90 %) anketirancev ocenjuje, da v svoje delo pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo vključujejo empatijo. 29 od 30 vprašanih (96,7 %) ocenjuje, da poznajo vrste anksioznih motenj, 24 (82,8 %) pa jih pozna njihove značilnosti. Element ZN imenovan samopomoč preprečuje nastanek težav povezanih z izgorevanjem ter vključuje kontinuirano skrb zdravstvenih delavcev za svoje psihofizično zdravje in osebno rast (16). Palar (46) navaja, da je zdravstvena nega aktivni miselni proces, za katerega je usposobljena medicinska sestra. Cilj zdravstvene vzgoje je pacientova aktivnost, ki pomeni, da pozna zdravje in dejavnike tveganja (47). Zaradi uveljavljanja sodobnih metod dela in razvoja stroke postajata pacientova aktivnost in komunikacija vse bolj aktualni (16). Zdravstvena vzgoja je po definiciji SZO kombinacija vzgojnih in izobraževalnih dejavnosti (47). Poznamo različne vrste anksioznih motenj, med katere spadajo: generalizirana anksiozna motnja, fobične motnje, panična motnja, obsesivno-kompulzivna motnja (3, 4, 5, 9, 20). Pogovarjanje osebja v strokovnem jeziku, ki ga pacient ne razume, lahko sproži občutek nemoči in tesnobe (16). Procesna metoda dela je osvetlila tudi »nevidno« delo medicinskih sester, kamor prištevamo tudi učenje (29, 34). Ker morajo medicinske sestre dobro obvladati verbalno in neverbalno komunikacijo,

ima pomembno vlogo pri njihovem delu tudi empatija (39, 40, 41).

Hipotezo 2: Timska obravnava pacientov z anksiozno motnjo pozitivno vpliva na kakovost obravnave lahko potrdimo, saj vsi anketiranci (100 %) ocenjujejo, da timska obravnava vpliva na kakovost obravnave pacientov z anksiozno motnjo. Prav tako je 27 anketirancev (90 %) mnenja, da lahko pogovarjanje zdravstvenih delavcev v strokovnem jeziku pri pacientu zbudi občutek tesnobe in nemoči. 29 anketirancev (96,7 %) se počuti kot član zdravstvenega tima, ki deluje usmerjeno za dosežek zastavljenega cilja. Medicinska sestra upošteva vrednote zdravstvene nege, med katere spadajo tudi etična načela, sodelovanje in dostojanstvo (19). Načela kakovosti so osredotočanje na pacienta, enakost, učinkovitost, pravočasnost, varnost in uspešnost (36). Delo v zdravstvenem timu poudarja sodelovanje, v katerem natančneje vidimo svoj položaj v odnosu do pacienta in sodelavcev (33). Pomemben vpliv ima timski pristop, za katerega Poredoš (45) navaja, da mora biti stalnica našega delovanja, ki se začne s pacientovim prihodom v zdravstveno ustanovo in traja skozi celotno obravnavo.

Hipotezo 3: Kognitivno-vedenjska terapija in zdravstvena nega sta pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo povezani lahko potrdimo, saj 27 od 30 anketirancev (96,4 %) ocenjuje, da sta kognitivno vedenjska terapija in zdravstvena nega pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo povezani. 29 vprašanih (96,7%) ocenjuje, da določene relaksacijske tehnike poleg zdravstvenih psihologov lahko izvajajo tudi ostali zdravstveni kadri, 24 (85,7 %) anketirancev ocenjuje, da je najbolj uporabljena oblika psihoterapije kognitivno-vedenjska terapija. 21 (77,8 %) anketirancev ocenjuje, da imajo psihoterapevti za izvajanje kognitivno vedenjske terapije dobre pogoje dela. 26 (86,7 %) jih meni, da pacient za učinkovito spoprijemanje z novonastalo življenjsko situacijo potrebuje podporo družine. Kombiniranje različnih oblik učinkovitega bodisi psihosocialnega ali farmakološkega zdravljenja je pri duševnih motnjah dokazano največkrat najučinkovitejše (1), pri zdravljenju anksioznih motenj pa je pogosto najboljša metoda kombinacija zdravil in KVT (3). Psihološko zdravljenje po metodah kognitivno-vedenjskih teorij v kombinaciji z relaksacijsko usmerjenimi psihoterapijami se je pokazalo za izjemno uspešno (95 %) (1). Ker KVT lahko temelji tudi na izdelanih metodah in je enostavna, se jih hitro naučijo tudi na tem področju neizkušeni terapevti, kar omogoča, da lahko terapijo izvaja širok krog

zdravstvenih delavcev (16). Trenutni poudarek na stroškovno učinkovitem zdravljenju in dokumentiranju izvidov oskrbe s KVT, ki je lahko prisotna skozi celotno oskrbo, za psihiatrične medicinske sestre v naslednjem desetletju pomeni povečano potrebo po strokovnem znanju (30). Medicinske sestre pri vzpostavljanju socialne podpore v svoje delo vključijo tudi pacientovo družino, ki pacientu nudi pomoč in podporo ter nanj vpliva pozitivno (16).

## 6 ZAKLJUČEK

Pri pacientih z anksiozno motnjo ima veliko vlogo terapevtska komunikacija, ki je ključni del psihiatrične zdravstvene nege. Medicinske sestre lahko s pomočjo pogovora in svetovanjem veliko pripomoremo k hitrejšemu okrevanju in preprečevanju poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta in recidiva. Ker so anksiozne motnje vse pogostejše duševne motnje, je potrebno poudariti povezanost osebnostne rasti s psihofizičnim zdravjem ter pomembnost promocije pozitivnega duševnega zdravja.

Zdravstvena vzgoja in učenje sta pomembni spretnosti, ki ju v zdravstveni negi nikakor ne smemo zanemariti. Z njunim širjenjem vplivamo na paciente in njihove svojce ter s tem omogočimo lepše in bolj ustvarjalno življenje. Ker lahko znanje neprestano nadgrajujemo, saj nam ga nihče ne more vzeti, imamo v smislu nudenja pomoči in skrbi za paciente veliko prednost.

Z uporabo terapevtskih spretnosti in izvajanjem tehnik kognitivno-vedenjske terapije nudimo pacientom učinkovito zdravstveno nego. Z vključevanjem empatije pa pride do izraza tudi skrbstven pomen našega poklica. S spoznanji o povezanosti čustev z zdravjem lahko povzamemo, da je kakovostno zdravstvo močno povezano s sočutjem. Z dobrimi odnosi v zdravstvenem timu, sodelovanjem in povezovanjem strokovnega znanja tako pacientom z anksiozno motnjo nudimo celovito kakovostno obravnavo.

S poudarkom na stroškovno učinkovitem zdravljenju in dokumentiranju izidov zdravstvene oskrbe s kognitivno vedenjsko terapijo in zdravstveno nego imamo nove možnosti, da lahko določene terapevtske tehnike izvaja širok krog zdravstvenih delavcev, tudi medicinske sestre, kar pa pomeni izziv in v naslednjem desetletju povečano potrebo po novem dodatnem in specifičnem strokovnem znanju.

## 7 LITERATURA

1. Erzar T. Duševne motnje: Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2007: 9, 35–75, 80–83.
2. Marušič A., Temnik S., Marušič A. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2008: 21, 76, 77, 97–101.
3. Kocmur M. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V: Tomori M, Ziherl S, ur. Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999: 229–234.
4. Varcarolis EM. Psychiatric nursing clinical guide: Assesment tools and diagnosis. Philadelphia, 2000: 3, 19, 133–134.
5. Dernovšek ZM. Anksiozne motnje. V: Pregelj P, ur. Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 235–243.
6. Dernovšek ZM, Valič M, Konec-Jurčič N. Obvladajmo anksioznost. Ljubljana: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami, 2011: 14–19.
7. Inštitut za varovanje zdravja (2010). Duševno zdravje v Sloveniji. [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=11&pi=5&\\_5\\_id=31&\\_5\\_PageIndex=1&\\_5\\_groupId=179&\\_5\\_newsCategory=&\\_5\\_action=ShowNewsFull&pl=11-5.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=11&pi=5&_5_id=31&_5_PageIndex=1&_5_groupId=179&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=11-5.0). <24. 7. 2012>.
8. Inštitut za varovanje zdravja (2010). Ob svetovnem dnevu duševnega zdravja 2010: Za duševno zdravje je treba skrbeti vsak dan. [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=11&pi=5&\\_5\\_id=1323&\\_5\\_PageIndex=0&\\_5\\_groupId=179&\\_5\\_newsCategory=&\\_5\\_action=ShowNewsFull&pl=11-5.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=11&pi=5&_5_id=1323&_5_PageIndex=0&_5_groupId=179&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=11-5.0). <24. 7. 2012>.
9. Stuart GW. Anxiety responses and anxiety disorders. V: Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of Psychiatric Nursing. St. Louis: Elsevier-Mosby, 2005: 260–264.
10. Tacol D. Novejša kognitivno-vedenjska terapija anksioznosti. V: Bregar B, ur. Celostna obravnava pacientov z depresijo – zbornik predavanj z recenzijo. Vojnik: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011: 5–10.
11. Kamin T, Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajk M, Roškar S, Zvezdana Dernovšek M. Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: IVZ, 2009: 112–114.

12. Ilić M (2012). Psihatri – jih bomo potrebovali vedno več?  
[http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1002&Itemid=51](http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=1002&Itemid=51) <23. 4. 2012>.
13. Podnar K (2012). Kakovostne knjige s koristnimi napotki.  
[http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=986&Itemid=51](http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=986&Itemid=51) <23. 4. 2012>.
14. Rokavec Ž. Za možgane moramo skrbeti kot za srce.  
[http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1006&Itemid=51](http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=1006&Itemid=51) <23. 4. 12>.
15. Inštitut za varovanje zdravja. (2010). Ni zdravja brez duševnega zdravja.  
[http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=11&pi=5&\\_5\\_id=70&\\_5\\_PageIndex=0&\\_5\\_groupId=179&\\_5\\_newsCategory=&\\_5\\_action=ShowNewsFull&pl=11-5.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=11&pi=5&_5_id=70&_5_PageIndex=0&_5_groupId=179&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=11-5.0) >8. 1. 2013>.
16. Pastirk S. Predstavitev nekaterih tehnik kognitivne terapije. V: Anić N., Hribar N., Janjušević P., ur. Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo, 2004: 14–28.
17. Enova D. Psihološka zdravstvena oskrba v bolnišnici za telesne bolezni – skupni projekt osebja zdravstvene nege in kliničnega zdravstvenega psihologa. Obzor Zdr N 2002; 36 (1): 33–40.
18. Gordon M. Negovalne diagnoze: priročnik. Maribor: Rogina, 2003: 2–5, 216–222.
19. Rakovec-Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: Razumeti in biti razumljen. Maribor: Pivec, 2009: 27–34, 36–41, 51, 318–319, 347.
20. Gorše Muhič M. Komunikacija v zdravstveni negi. V: Kogovšek B, Kobentar R, ur. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 15-26.
21. Videbeck SL. Psychiatric-mental health nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins, cop. 2008: 241–263.
22. Mlakar J. Razvoj osebnostnih struktur. V: Kogovšek B, Kobentar R, ur. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Psihiatrična klinika, Ljubljana, 1999: 52–53.
23. Žargaj B. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. V: Tomažin Šporar M., Poljanec Bohinec M., Mrevlje F., ur. Timsko delo zagotavlja višjo in celovito kakovost obravnave bolnika. Kranjska Gora: Zbornica zdravstvene in babiške nege



- Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, 2009: 67–73.
24. Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009: 3, 103–105.
25. Švab V. Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje, 2009: 9–13, 68–71.
26. Wikipedia (2012). Anksiolitik. <http://sl.wikipedia.org/wiki/Anksiolitik> <12. 06. 2012>.
27. Hriberšek D. Pogled farmacevta na zdravljenje depresije in anksioznosti. V: Bregar B, ur. Celostna obravnava pacientov z depresijo – zbornik predavanj z recenzijo. Vojnik: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011: 40–44.
28. Gorše Muhič M. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa. V: Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 40–49.
29. Kogovšek B. Psihoterapija in skupinsko delo. V: Kogovšek B, Kobentar R, ur. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 202–206.
30. Stuart GW. Cognitive Behavioral Treatment Strategies. V: Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of Psychiatric Nursing. St. Louis: Elsevier-Mosby, 2005: 654–665.
31. International Council of Nurses. Definition of nursing (2012). Definition-of-nursing. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> <14. 06. 2012>.
32. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998: 19.
33. Balkovec I. Procesna metoda dela v zdravstveni negi. V: Kogovšek B, Kobentar R, ur. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike: Psihiatrična klinika. Ljubljana, 1999: 27–30.
34. Zaletel M. Negovalni standardi – Pomemben element zagotavljanja kakovosti v zdravstvu mentalnega zdravja. V: Pregelj P., Kobentar R., ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 55–61.

35. Štiglic V. Veliki mali človek. V: Keček M., ur. Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata. Ormož: Zbornica – zveza medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji: 2008: 32.
36. Čuk V., Klemen J. Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju, Obzor Zdr N 2010; 44 (3): 179–87.
37. Škerbinek L. Pasti psihiatrične zdravstvene nege. Obzor Zdr N 1998; 32 (5–6): 181–183.
38. Ličen S, Čemažar M, Bernot M. Anksioznost in strah pri pacientkah z rakom dojke – vloga medicinske sestre. V: Skela Savič B, Miha Kaučič B, Filej B, ur. Partnerstvo, znanje in razvoj v študiju zdravstvenih ved: Zbornik predavanj z recenzijo / 1. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2009: 215–223.
39. Scanlon A (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. <http://web.ebscohost.com.evirilook.sik.si/ehost/results?sid=43ad6ddc-f0de-42b4-9816-71f68c1a2feb%40sessionmgr15&vid=6&hid=1&bquery=psychiatric+AND+nurses+AND+perceptions+AND+%22of%22+AND+the+AND+constituents&bdata=JmRiPWNtZWRTJmxhbmc9c2wmdHlwZT0wJnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d> <24. 10. 2012>.
40. Puklek Levpušček M. Socialna anksioznost v otroštvu in mladostništvu: razvojni, šolski in klinični vidik. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete, 2006: 69–70.
41. Gorše Muhič M. Terapevtska komunikacija. V: Pregelj P, Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 31–37.
42. Pibernik L (2010). Prepoznavanje depresivnega in anksioznega bolnika – vloga medicinske sestre. [http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.drmed.org%2Fjavne\\_datoteke%2Fnovice%2Fdatoteke%2F7287-Predpoperativnecpreiskave.doc&ei=Xjw2UKCtD-T74QTym4CwCQ&usg=AFQjCNEBVnhXuOL2GF1qhF9xo1-SgTPpBg](http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.drmed.org%2Fjavne_datoteke%2Fnovice%2Fdatoteke%2F7287-Predpoperativnecpreiskave.doc&ei=Xjw2UKCtD-T74QTym4CwCQ&usg=AFQjCNEBVnhXuOL2GF1qhF9xo1-SgTPpBg) <23. 08. 2012>.

43. Kociper B. Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. V: Čuk V., ur. Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2007: 15–16.
44. Kobolt A. Timsko delo. V: Švab V, ur. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, 2004: 139–149.
45. Poredoš P. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno zdravstveno storitev. V: Kvas A, Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, ur. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Ljubljana: zbornik z recenzijo, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 15–16.
46. Paler N, Fatur B. Vloga medicinske sestre pri testiranju vestibulospinalnih testov z ravnotežno ploščo. V: But M, Mrhar M, ur. Vloga zdravstvene nege pri obravnavi pacienta z motnjo ravnotežja. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji, 2012: 41–47.
47. Hoyer S. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2003; 37 (4): 267–72.
48. Skoberne M. Duhovnost in duhovno zdravje. Obzor Zdr N 2002; 36 (1): 23–32.
49. Goleman D. Čustvena inteligenca: Zakaj je lahko pomembnejša od IQ. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2008: 159, 168, 286–289.
50. Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 9–60.
51. Stuart GW. Therapeutic nurse-patient relationship. V: Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of Psychiatric Nursing. St. Louis: Elsevier-Mosby, 2005: 15–16, 20.

## **ZAHVALA**

*Iskreno bi se zahvalila svoji mentorici mag. Vesni Čuk za pomoč, profesionalnost in vse podeljeno vse znanje.*

*Hvala družini za finančno in čustveno podporo v času študija, za poslušnost in vse spodbudne besede.*

*Hvala prijateljem, ki ste me bodrili in vedno risali nasmeh na mojem obrazu.*

*Hvala vsem, ki ste mi zaupali in verjeli vame. Z vami je bila pot do cilja krajša, lažja in predvsem lepša.*

## PRILOGA

### Priloga 1: Anketni vprašalnik

#### **Ali imajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki dovolj znanja in izkušenj pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo**

Moje ime je Barbara Markovič, sem absolventka rednega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstvo Izola. Pripravljam diplomsko delo z naslovom *Obravnava pacientov z anksiozno motnjo in pomen zdravstvene nege*. Prosila bi vas, da si vzamete nekaj vašega dragocenega časa in izpolnite anketni vprašalnik. Razmislite, preden odgovorite. Vaši odgovori bodo pokazali, ali imajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki dovolj znanja in izkušenj pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo. Rezultate ankete, ki je anonimna, bom uporabila samo za potrebe diplomskega dela. Navodila za izpolnjevanje so pri vsakem sklopu vprašanj ali trditev. Za sodelovanje, trud in vaš čas se vam zahvaljujem.

#### 1. Spol

*Obkrožite vaš spol.*

- ☐ Moški
- ☐ Ženski

#### 2. Starost

*Obkrožite vašo starost.*

- ☐ 20-25
- ☐ 26-30
- ☐ 31-40
- ☐ več kot 40

#### 3. Učenje pacienta je dolžnost medicinske sestre.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.
  - ☐ Ne.
-

4. Sestavni del zdravstvene oskrbe na psihološkem področju je skrb za osebnostno rast in psihofizično zdravje osebja zdravstvene nege.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da
- ☐ Ne

5. Aktivno sodelovanje pacienta ima pri obravnavi anksioznih motenj pomemben vpliv.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.
- ☐ Ne.

6. Informiranje in zdravstvena vzgoja dosežeta pri pacientu boljše sodelovanje v procesu zdravljenja.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.
- ☐ Ne.

7. Medicinske sestre v svoje delo pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo vključujejo empatijo.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.
- ☐ Ne.

8. Panična motnja, fobične motnje, obsesivno-kompulzivna motnja in generalizirana anksiozna motnja so vrste anksioznih motenj.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.
- ☐ Ne.

9. Osnovna značilnost anksioznih motenj je strah pred strahom.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.
  - ☐ Ne.
-

10. Pogovarjanje zdravstvenih delavcev v strokovnem jeziku lahko pri pacientu zbuja občutek tesnobe in nemoči.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.  
☐ Ne.

11. Ali timska obravnava vpliva na kakovost obravnave pacientov z anksiozno motnjo?  
*Odgovorite na vprašanje.*

- ☐ Da.  
☐ Ne.

12. Počutim se kot član/članica zdravstvenega tima, ki deluje usmerjeno za dosežek zastavljenega cilja.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.  
☐ Ne.

13. Najbolj uporabljena oblika psihoterapije je kognitivno-vedenjska terapija.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.  
☐ Ne.

14. Poleg zdravstvenih psihologov lahko določene relaksacijske tehnike izvajajo tudi ostali zdravstveni kadri.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.  
☐ Ne.

15. Pacient potrebuje za učinkovito spoprijemanje z novonastalo življenjsko situacijo podporo družine.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.  
☐ Ne.

16. Psihoterapevti imajo za izvajanje kognitivno- vedenjske terapije dobre pogoje dela.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

- ☐ Da.
-

☐ Ne.

17. Kognitivno-vedenjska terapija in zdravstvena nega sta pri obravnavi pacientov z anksiozno motnjo povezani dejavnosti.

*Obkrožite da, če se s trditvijo strinjate. V nasprotnem primeru obkrožite ne.*

☐ Da.

☐ Ne.

Hvala!